NOTICE

SUR LES

TRAVAUX CHIRURGICAUX

DE

Louis MICHON

(LYON)


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NOTICE

SUR LES

TRAVAUX CHIRURGICAUX

DE

Louis MICHON

(LYON)

LYON
IMPRIMERIE M. AUDIN
3, Rue Davout, 3
—
1930

TITRES

Externe des Hôpitaux de Lyon (1911).
Interne des Hôpitaux de Lyon (1913).
Moniteur d'histologie à la Faculté (1919).
Aide d'anatomie à la Faculté (1922).
Docteur en Médecine (1923).
Chef de clinique gynécologique (1923).
Admissible à la 1re épreuve du Concours d'agrégation de Chirurgie (1925).
Admissible au Chirurgicat des Hôpitaux (1927).

Lauréat de la Société nationale de Médecine et des Sciences Médicales (1923).
Prix Paul Gauthier (1923).
Prix Bouchacourt (1924).
Membre titulaire de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon (1925).
Membre titulaire de la Société nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon (1925).

ENSEIGNEMENT

Conférences préparatoires au Concours d'Externat (1919-21).
Conférences préparatoires au Concours d'Internat (1919-23).
Conférences aux Travaux pratiques d'Histologie (1919-22).
Conférences d'anatomie à la Faculté (1921-23).
Conférences aux Travaux Pratiques de Médecine opératoire (1919-23).
Chargé du Cours d'Histologie à l'Ecole Dentaire (1921-26).
Conférences de Propédeutique et Cours de Perfectionnement à la Clinique Gynécologique (1923-26).

TRAVAUX CHIRURGICAUX

Liste chronologique

1918

1. NOTE SUR UN CAS DE CONTUSION ARTERIELLE : STUPEUR ARTERIELLE ET SYNDROME CAUSALGIQUE CONSECUTIF. (En collaboration avec P. Soubeyran. *Société de Chirurgie de Paris,* 1er mai 1918, p. 805).

2. PRESENTATION DE QUELQUES TYPES DE LESION DES GROS TRONCS VASCULAIRES. (*Société Médico-Chirurgicale du Centre de Beauvais,* 29 août 1918).

1919

3. A PROPOS DE LA STUPEUR ARTERIELLE. (En collaboration avec P. Soubeyran. *Société de Chirurgie de Paris,* 4 juin 1919, p. 908).

4. SUR LA SYSTEMATISATION TOPOGRAPHIQUE DES LESIONS CYTOLOGIQUES DANS LE TUBE URINAIRE. (En collaboration avec Ph. Rochet. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon,* 1er avril 1919. *Lyon Médical,* mai 1929, N° 5).

5. FISTULE PLEURALE. RESECTION COSTALE. DECORTICATION DE LA POCHE. GUERISON RAPIDE. (*Société des Sciences médicales de Lyon,* 17 décembre 1919 ; *Lyon Médical,* 25 janvier 1920, N° 2).

1920

6. TUMEURS MULTIPLES DE LA CUISSE CONSECUTIVES A DES INJECTIONS D'HUILE CAMPHRÉE. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon,* 2 mars 1920 ; *Lyon Médical,* 25 avril 1920, N° 8).

7. SEPTICEMIE A ENTEROCOQUES. (En collaboration avec MM. Savy et Langeron. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon,* 8 juin 1920 ; *Lyon Médical,* 25 avril 1920, N° 8).

8. QUELQUES FAITS CONCERNANT L'HISTOLOGIE DU TESTICULE ECTOPIQUE. (En collaboration avec P. Porte. *Société de Biologie de Lyon,* 15 novembre 1920. Tome LXXXIII, p. 1438).

9. ETUDE HISTOLOGIQUE DE SIX CAS DE TESTICULE ECTOPIQUE. (En collaboration avec P. Porte. *Lyon Chirurgical,* 1920, N° 6, tome XVII, p. 731).

1921

10. LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CONSECUTIVES AUX INJECTIONS D'HUILE DE VASELINE CAMPHRÉE. (En collaboration avec J. Murard et J.-F. Martin. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon,* 19 janvier 1921 ; *Lyon Médical,* 25 mars 1921, p. 267).

11. SYNDROME PSEUDO-APPENDICULAIRE PAR PERFORATION GANGRENEUSE DU CÆCUM AU COURS DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE (Forme chronique récidivante). (En collaboration avec P. Bonnet. *Lyon Chirurgical*, 1921, N° 1, tome XVII).

12. DEUX CAS D'HERPES BUCCAL POST-ABORTIF AVEC PNEUMOCOQUES DANS LES LOCHIES. (En collaboration avec J. Voron. *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon*, 2 mai 1921 ; *Bulletin de la Société*, p. 509 ; *Lyon Médical*, 1921, p. 963).

13. RECIDIVE DE FIBROMYOME MALIN DE L'UTERUS AVEC ENORME BOURGEON NEOPLASIQUE OCCUPANT PRESQUE TOUTE LA VEINE CAVE INFERIEURE. (En collaboration avec E. Villard. *Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 25 mai 1921 ; *Lyon Médical*, 25 novembre 1921, p. 996).

14. SUR LA DETECTION HISTO-CHIMIQUE DES CARBURES (HUILE DE VASELINE) DANS LES TUMEURS PROVOQUÉES PAR INJECTIONS DE CES CORPS DANS LES TISSUS. (En collaboration avec A. Policard. *Société de Biologie de Lyon*, 4 juillet 1921, tome LXXXV, p. 473).

15. LES TRAITEMENTS DES FISTULES PLEURALES. (En collaboration avec M. Durand. *Lyon Médical*, 25 septembre 1921, N° 18, p. 807).

1922

16. SUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPERALE PAR LES STOCK-VACCINS. (En collaboration avec J. Voron. *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon*, 13 novembre 1922).

17. EPITHELIOMA DE LA JOUE TRAITE PAR LE RADIUM. (En collaboration avec P. Bonnet. *Société de Chirurgie de Lyon*, 7 décembre 1922).

1923

18. MYOME ROUGE DE L'UTERUS. (En collaboration avec M. Patel. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 31 janvier 1923).

19. FORME HISTOLOGIQUE RARE DE CANCER DU COL DE L'UTERUS. EPITHELIOMA A ASPECT DE PERITHELIOME. (En collaboration avec G. Cotte. *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon*, 7 mai 1923).

20. VALEUR SEMEIOLOGIQUE DES POLYPES MUQUEUX DE L'UTERUS. (*Thèse de Lyon*, 6 mars 1923).

21. VAGINISME, NEVROTOMIE UNILATERALE DU NERF HONTEUX INTERNE. GUERISON. (En collaboration avec P. Wertheimer. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 14 mars 1923).

22. ULCERE VARIQUEUX CHRONIQUE. OPERATION DE MORESCHI ET SECTION DU NERF SAPHENE INTERNE. GUERISON. RESULTAT ELOIGNE. (En collaboration avec M. Guilleminet. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 14 mars 1923 ; in *Lyon Médical*, 1923, p. 922).

23. CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA VACCINOTHERAPIE DE L'INFECTION PUERPERALE. (En collaboration avec J. Voron et Sédaillan. *Lyon Chirurgical*, 1923, N° 3, p. 227).

24. LES ABCES DE LA LANGUE. (En collaboration avec Ch. Dunet. *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 419).

25. ULCERE SIMPLE DE LA VESSIE. (En collaboration avec J. Reynard. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 21 mars 1923; in *Lyon Médical*, 1923, p. 1011).

26. FIBROME PUR DU TESTICULE. (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 21 mars 1923; in *Lyon Médical*, 1923, p. 1013).

27. RECHERCHE SUR LA CIRCULATION VEINEUSE DU FOIE CHEZ L'HOMME AVANT ET APRES LA NAISSANCE. (En collaboration avec E. Pollosson, 18e *Congrès de l'Association des Anatomistes*, Lyon, 25-29 mars 1923, p. 347).

28. DEUX CAS D'ANOMALIE DE LA BRANCHE DESCENDANTE DE L'HYPOGLOSSE. (En collaboration avec V. Richer, 18e *Congrès de l'Association des Anatomistes*, Lyon, 25-29 mars 1923, p. 355).

29. LES POLYPES MUQUEUX DE L'UTERUS. (*Lyon Médical*, 10 juillet 1923, N° 13, p. 583).

30. DES HEMATOMES ET ABCES DE LA GAINE DES DROITS APRES LAPAROTOMIE PAR INCISION DE PFANNENSTIEL. (En collaboration avec P. Bonnet. *Presse Médicale*, 1923, I, p. 477).

31. SUR LE MECANISME PATHOGENIQUE DES CALCIFICATIONS OVARIENNES. (En collaboration avec A. Policard. *Société de Biologie de Lyon*, 14 mai 1923).

1924

32. DE LA RECHERCHE DES PETITS ULCERES DE L'ESTOMAC. (En collaboration avec Delore. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 27 juin 1923 ; in *Lyon Médical*, 1924, p. 338).

33. DU CHOIX DE L'INTERVENTION DANS L'ESTOMAC BILOCULAIRE. (En collaboration avec Delore, *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 7 novembre 1923 ; in *Lyon Médical*, 1924, p. 407).

34. DE L'OBLITERATION CICATRICIELLE DES BOUCHES DE G. E. A. (En collaboration avec Delore et Pollosson. *Revue de Chirurgie*, 1924, N° 2, p. 79-85 (4 figures).

35. A PROPOS DU TRAITEMENT DES ULCERES PERFORES DE L'ESTOMAC EN PERITOINE LIBRE. (En collaboration avec Delore et Pollosson. *Presse Médicale*, 5 mars 1924, N° 19, p. 204).

36. RESULTAT ELOIGNE D'UNE OPERATION DE MORESCHI AVEC RESECTION DU NERF SAPHENE INTERNE POUR ULCERE DE JAMBE. (En collaboration avec Guilleminet. *Lyon Médical*, 1924, N° 10, 9 mars, p. 297).

37. ETUDE BACTERIOLOGIQUE D'UN FIBROME SPHACELE. (En collaboration avec Creyssel et Gardère. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 12 mars 1924; in *Lyon Médical*, 1924, II, p. 316).

38. VALEUR SEMEIOLOGIQUE DES POLYPES MUQUEUX DE L'UTERUS. (En collaboration avec Tixier. *Gynécologie et Obstétrique*, tome XI, 1924, N° 3, p. 253).

39. KYSTES HYDATIQUES SUPPURES DU PETIT BASSIN. (En collaboration avec Gardère et Creyssel. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 21 mai 1924; in *Lyon Médical*, 1924, II, p. 552).

40. LA G. E. A. AU BOUTON DE JABOULAY-LUMIERE (TECHNIQUE, INDICATIONS, ACCIDENTS) A PROPOS DE 650 CAS. (En collaboration avec Delore et Pollosson. *Journal de Chirurgie*, p. XXIII, mai 1924, N° 5, p. 478, 488, 4 figures).

41. DES COMPLICATIONS PULMONAIRES AU COURS DE LA CHIRURGIE GASTRIQUE. (En collaboration avec Delore et Pollosson. *Presse Médicale*, 20 septembre 1924, N° 76, p. 762).

42. ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES UTERUS DOUBLES. (En collaboration avec Guilleminet. *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, t. X, N° 3, septembre. p. 145, 183, 4 figures).

43. LES GANGRENES D'ORIGINE ARTERIELLE D'APRES LES TRAVAUX RUSSES CONTEMPORAINS. (En collaboration avec R. Leriche. *Archives des Maladies du Cœur*, décembre 1924, p. 752).

1925

44. POLYPES MUQUEUX DU COL DE L'UTERUS SYMPTOMATIQUES DE CANCER DU CORPS. (En collaboration avec Comte. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 21 janvier 1925; in *Lyon Médical*, N° 20, p. 613).

45. TROIS CAS DE VOLVULUS DE LA TROMPE DE FALLOPE. (*Société Nationale de Médecine de Lyon*, 11 février 1925; in *Lyon Médical*, N° 27, p. 7).

46. MYOME ROUGE. MYOMECTOMIE. GUERISON. (En collaboration avec Comte. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 11 février 1925; in *Lyon Médical*, N° 27, p. 11).

47. COMMENT DOIT-ON CONCEVOIR ACTUELLEMENT LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTERUS. (En collaboration avec Villard. *Lyon Médical*, N° 7, 15 février 1925, p. 181).

48. DES LIGAMENTOPEXIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FECONDATION, LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES. (En collaboration avec Eparvier. *Lyon Médical*, N° 8, 22 février 1925, p. 213).

49. FIBROME ET GROSSESSE DE TROIS MOIS. ESSAI INFRUCTUEUX DE MYOMECTOMIE. HYSTERECTOMIE. GUERISON. (*Société de Gynécologie et Obstétrique*, 9 mars 1925; in *Bulletin*, N° 5, p. 386).

50. EPITHELIOMA DU COL UTERIN SUR UN PROLAPSUS COMPLET. CURIETHERAPIE. MORT. (*Société de Gynécologie et Obstétrique*, 9 mars 1925; in *Bulletin*, N° 5, p. 387).

51. UTERUS DIDELPHE. HEMIHYSTERECTOMIE. (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 11 mars 1925; in *Lyon Médical*, N° 3, p. 220).

52. FIBROME DE L'OVAIRE. (En collaboration avec Comte. *Socité Nationale de Médecine*, 11 mars 1925; in *Lyon Médical*, N° 34, p. 223).

53. PROLAPSUS DU GRELE ETRANGLE DANS UN ORIFICE D'ILEOSTOMIE. RESECTION INTESTINALE. GUERISON. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 12 mars 1925 (Rapport Santy); in *Lyon Chirurgical*, 1925, N° juillet-août, p. 568).

54. DEGENERESCENCE KYSTIQUE DE DEBRIS OVARIENS APRES CASTRATION TOTALE. (En collaboration avec Villard et Creyssel. *Société de Gynécologie et Obstétrique*, 11 mai 1925; in *Bulletin*, N° 8, p. 584).

55. MALADIE SERIQUE POST-OPERATOIRE A LA SUITE D'UN EPANCHEMENT SEREUX SOUS-CUTANE CHEZ UNE SENSIBILISEE. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 9 juin 1925 (Rapport Péhu); in *Lyon Médical*, 1924, 11, p. 478).

56. HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE CHEZ UNE FEMME. (En collaboration avec de Girardier. *Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales*, 17 juin 1925; in *Lyon Médical*, 1925, II, N° 51, p. 738).

57. L'ASCITE AU COURS DE LA LITHIASE BILIAIRE. (En collaboration avec Comte. *Société Nationale de Médecine*, 1er juillet 1925; in *Lyon Médical*, 1926, I, p. 38).

58. AMPUTATION SPONTANÉE DES TROMPES DE FALLOPE. (En collaboration avec Comte. *Société Nationale de Médecine*, 1er juillet 1925; in *Lyon Médical*, 1926, I, p. 40).

59. LES ADENOMYOMES DE L'UTERUS ET DES OVAIRES. (*IVe Congrès de l'Association des Gynécologues et des Obst. de langue française*, Paris, 1er, 2, 3 octobre 1925; in *Gynécologie et Obstétrique*, 1925, II, p. 403).

60. CANCER DU COL ET GROSSESSE. OPERATION DE PORRO. CURIETHERAPIE. (En collaboration avec Commandeur et Eparvier. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 9 novembre 1925; in *Bulletin*, 1926, N° 1, p. 59).

61. SUR LE TRAITEMENT DES RETENTIONS D'URINE POST-OPERATOIRES. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, séance du 9 novembre 1925; in *Bulletin*, 1926, N° 1, p. 63).

62. ABCES DE LA LANGUE. (*Société des Sciences médicales*, 18 novembre 1925; in *Lyon Médical*, 1926, I, p. 134).

63. INVAGINATION ILEO-CÆCALE CHEZ UN NOURRISSON. DESINVAGINATION. GUERISON. (En collaboration avec Mallet-Guy. *Société des Sciences médicales*, 18 novembre 1925; in *Lyon Médical*, 1926, I, p. 135).

64. LE TRAITEMENT DE LA RETENTION D'URINE POST-OPERATOIRE. (En collaboration avec Bouvier. *Presse Médicale*, 25 novembre 1925, p. 156).

65. ADENOMYOMES GENITAUX MULTIPLES. (En collaboration avec Comte. *Société Nationale de Médecine*, 2 décembre 1925; in *Lyon Médical*, 1926, t. I, p. 281).

66. HERNIE INGUINALE AVEC KYSTE SACCULAIRE EXCLU CONTENANT UNE EPIPLOCELE LIBRE AVEC TORSION. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 4 décembre 1925, Rapport de P. Bonnet; in *Lyon Chirurgical*, 1926, N° 2, p. 230).

1926

67. ALLONGEMENT DU COL DE L'UTERUS. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, séance du 5 janvier 1926; in *Bulletins*, p. 178).

68. KYSTE OVARIEN PRAEVIA AU VOISINAGE DU TERME. ABLATION DU KYSTE PAR VOIE VAGINALE. (En collaboration avec Trillat. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 5 janvier 1926; in *Bulletin*, p. 176).

69. LES ADENOMYOMES DE L'ESPACE RECTO-VAGINAL. (A propos de quinze observations personnelles). (En collaboration avec H. Comte. *Journal de Chirurgie*, t. XXVII, N° 4, avril 1926, p. 385-434, 17 fig.).

70. A PROPOS DE LA GROSSESSE ANGULAIRE. (En collaboration avec R. Labry. *Lyon Médical*, 1926, t. I, N° 19, 9 mai, p. 54-63, 2 fig.).

71. RETENTION D'URINE COMME PREMIER SIGNE D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTERINE AVEC VOLUMINEUSE HEMATOCELE LATENTE. (En collaboration avec Pouzet. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 23 juin 1926; in *Lyon Médical*, 1926, N° 46, p. 563).

72. MOLE HYDATIFORME ET PERFORATION UTERINE. (En collaboration avec Pouzet. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 30 juin 1926; in *Lyon Médical*, 1926, N° 46, p. 559).

73. DIX OBSERVATIONS D'OPERATIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN CHEZ LA FEMME. (*Lyon Chirurgical*, juillet-août 1926).

74. CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACTION DU SYMPATHIQUE SUR LE REGIME CIRCULATOIRE DE L'UTERUS. (En collaboration avec H. Quinci) (*Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1926, p. 17).

75 LES PERITONITES SEREUSES ENKYSTÉES PERITUBAIRES. (PSEUDO-DISTENSIONS TUBAIRES). (En collaboration avec E. Villard. *Paris Médical*, 27 novembre 1926, N° 48, p. 425).

76. LES THEORIES PATHOGENIQUES DE L'ADENOMYOMATOSE. (En collaboration avec H. Comte. *Gynécologie et Obstétrique*, 1926, t. XIV, N° 5, p. 298-318, 3 fig.).

77. DE L'EMPLOI DU CITRATE DE SOUDE COMME HEMOSTATIQUE EN CHIRURGIE. (*Lyon Médical*, 12 décembre 1926, N° 50, p. 671).

1927

78. SUR LE TRAITEMENT DES HEMORRAGIES UTERINES DES JEUNES FILLES PAR LA TRANSFUSION DU SANG. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 7 février 1927; in *Bulletins*).

79. ULCUS VESICAL TUBERCULEUX ET CYSTITE REBELLE. CINQ INTERVENTIONS SUCCESSIVES. GUERISON. (En collaboration avec Reynard. *Journal d'Urologie*, janvier 1927, p. 34).

80. MALADIE SERIQUE POST-OPERATOIRE RECIDIVANTE DECLANCHÉE PAR L'ACTE OPERATOIRE LUI-MEME. (En collaboration avec Labry. *Société de Médecine de Lyon*, séance du 5 avril 1927; in *Lyon Médical*, 1927, II, p. 222).

81. LES INDICATIONS OPERATOIRES DANS LES ADENOMYOMES DES CORNES UTERINES. (En collaboration avec Labry. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 2 mai 1927; in *Bulletins*, p. 468).

82. DE LA CONSERVATION DE L'UTERUS SEUL DANS LE TRAITEMENT DES ANNEXITES BILATERALES. (En collaboration avec Labry. *Gynécologie et Obstétrique*, 1927, N° 4, p. 266).

83. CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES UTERINES DES JEUNES FILLES. LEUR TRAITEMENT PAR LA TRANSFUSION DU SANG. (En collaboration avec Banssillon. *Gynécologie et Obstétrique*, 1927, N° 4, p. 279).

84. PRODUCTION EXPERIMENTALE D'ENDOMETRIOMES. ENDOMETRIOMES, GROSSESSE TUBAIRE ET HEMATOSALPINX. (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 12 mai 1927; in *Lyon Chirurgical*, 1927, p. 726).

85. PRODUCTION EXPERIMENTALE DE L'ADENOMYOME PAR AUTO-TRANSPLANTATION DE MUQUEUSE UTERINE SUR L'OVAIRE CHEZ LA LAPINE. (*Lyon Chirurgical*, t. XXIV, mai-juin 1927, p. 313-333, 16 fig.).

86. ENDOMETRIOME SUR UNE CICATRICE DE LAPAROTOMIE. (En collaboration avec Gouilloud et J.-F. Martin. *Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, séance du 29 juin 1927; in *Lyon Médical*, 1928, t. I, p. 65).

87. PRODUCTION EXPERIMENTALE D'ENDOMETRIOMES (*V*e *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française*, Lyon, 29-30 septembre, 1er octobre 1927; in *Gynécologie et Obstétrique*, 1927, II, p. 425).

88. CANCER INOPERABLE DU COL DE L'UTERUS. CURIETHERAPIE. GUERISON LOCALE. METASTASE DANS LES DEUX FEMURS. (*Société de Chirurgie de Paris*, séance du 19 octobre 1927, Rapport de Proust; in *Bulletins*, N° 26, p. 1113).

1928

89. ENDOMETRIOMES DE L'ESPACE RECTO-VAGINAL. (En collaboration avec Santy. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 12 janvier 1928; in *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 330).

90. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA LITHIASE DU CHOLEDOQUE. (*Clinique et Laboratoire*, 20 janvier, N° 1, p. 6).

91. LUXATION EXTERNE DE LA CLAVICULE. SYNDESMOPEXIE. (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 16 février 1928; in *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 466).

92. LES ENDOMETRIOMES DES CICATRICES DE LAPAROTOMIE. En collaboration avec Gouilloud et J.-F. Martin. *Gynécologie et Obstétrique*, 1928, N° 2, p. 106).

93. INCONTINENCE D'URINE PAR URETROCELE A LA SUITE D'UN CLOISONNEMENT DE LEFORT. URETROPLASTIE. GUERISON. (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 29 mars 1928; in *Lyon Chirurgical*, p. 603).

94. LES ENDOMETRIOMES OU ADENOMYOMES DU LIGAMENT ROND. (En collaboration avec Comte. *Journal de Chirurgie*, t. XXXI, N° 2, février 1928, p. 182-204).

95. LA NEVROTOMIE DU NERF HONTEUX INTERNE (Indications, technique, résultats). (En collaboration avec Wertheimer. *Journal de Chirurgie*, t. XXXI, N° 4, avril 1928, p. 497-509, 4 fig.).

96. TROIS CAS D'UTERUS DOUBLES. (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 22 novembre 1928; in *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 107).

97. PERITONITE GENERALISÉE AU 8e MOIS DE LA GROSSESSE. LAPAROTOMIE. ACCOUCHEMENT METHODIQUEMENT RAPIDE. GUERISON. (En collaboration avec Pigeaud. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, séance du 3 décembre 1928; in *Bulletin*, 1929, N° 1, p. 62).

1929

98. CINQ CAS DE VOLVULUS DE LA TROMPE SAINE. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 3 juin 1929).

99. PRESENTATION D'INSTRUMENTS. (*Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française, Bruxelles*, octobre 1929; in *Gynécologie et Obstétrique*, II, p. 655).

100. SUTURE SECONDAIRE DU TENDON FLECHISSEUR PROPRE DU POUCE. GUERISON FONCTIONNELLE PARFAITE. (En collaboration avec Bonnet. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 7 novembre; in *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 849).

101. A PROPOS DE LA VALEUR DES OPERATIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN. (*Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 13 novembre; in *Lyon Médical*, 1929, N° 2, p. 722).

102. SYNDROME D'INONDATION PERITONEALE PAR RUPTURE D'HEMATOCELE. (En collaboration avec Ponthus. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 25 novembre; in *Bulletin*, 1930, N° 2, p. 122).

103. ABCES DE LA LANGUE. (En collaboration avec Douillet. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, séance du 27 novembre; in *Lyon Médical*, 1930, N° 1, p. 49).

104. ENDOMETRIOME DE L'OVAIRE. (*Société Nationale de Médecine*, séance du 22 janvier 1930; in *Lyon Médical*, 1930, N° 1, p. 453).

1930

105. DEUX CAS D'ABSENCE UNILATERALE DES ANNEXES. (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 20 février 1930).

106. PSEUDO-KYSTE SALIVAIRE POST-TRAUMATIQUE DE LA GLANDE DE BLANDIN-NUHN. (*Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, séance du 26 février 1930).

107. LE VOLVULUS DES ANNEXES SAINES. (A propos de 5 cas personnels). (*Gynécologie et Obstétrique*, février 1930, N° 2, t. XXI, p. 103).

108 ENDOMETRIOME DE LA REGION CRURALE. (En collaboration avec Laroyenne, J.-F. Martin et Meyssonnier, In *Gynécologie et Obstétrique*, février 1930, N° 2, t. XXI, p. 97).

109. CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES D'ORIGINE OVARIENNE. LES MICRO-KYSTES METRORRAGIQUES. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1930, p. 247).

110. L'ENDOMETRIOME DE L'OVAIRE. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1930, p. 258).

111. RESULTATS ELOIGNES DE DIVERSES INTERVENTIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN CHEZ LA FEMME ET SUR LE NERF PRESACRE EN PARTICULIER. (En collaboration avec Jean Haour; in *Lyon Chirurgical*, sous presse).

112. LES OVARITES SUPPURÉES PUERPERALES. (En collaboration avec Trillat et Ponthus. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, sous presse).

113. UTERUS BICORNE. 'PRESENTATION RECIDIVANTE ET IRREDUCTIBLE DE L'EPAULE CESARIENNE. (En collaboration avec Gonnet. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, séance du 7 avril 1930).

~~114. ENDOMETRIOME DE L'INTESTIN GRELE. (*Presse Médicale*, sous presse).~~

DOCTEUR LOUIS MICHON

LYON
8, QUAI JULES-COURMONT
TÉL. FRANKLIN 18-65

TRAVAUX CHIRURGICAUX. (suite)

I93I

II4.- CANCER DU COL DE L'UTERUS AVEC METASTASES GANGLIONNAIRES-WERTHEIM APRES CURIETHERAPIE-GUERISON DATANT DE PLUS DE 6 ANS.
(Soc.de Chir.de Lyon, séance du I5 janvier I93I; in Lyon Chir.I93I, n°3,p.339.)

II5.- CHORIO-EPITHELIOME MALIN APRES GROSSESSE MOLAIRE.
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 2 février I93I ; in Bull.n°3, p.206.)

II6.- UTERUS CORDIFORME. PRESENTATION DE L'EPAULE. CESARIENNE.
(en collab. avec BANSSILLON.)
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 2 mars I93I; in Bull. n°4, p.277.)

II7.- ENDOMETRIOME DE L'ESPACE RECTO-VAGINAL AVEC POLYPES ENDOMETRIAUX DU CUL DE SAC POSTERIEUR ET KYSTE ENDOMETRIAL DE LA LEVRE POSTERIEURE.
(en collab.avec Fr.CONDAMIN.)
(Soc.de Chir.de Lyon, séance du I9 mars I93I ; in Lyon Chir.I93I, t.XXVIII, p.626.)

II8.- VOLVULUS D'UNE ANNEXE SAINE.
(en collab.avec TRILLAT.)
(Soc de Chir.de Lyon, séance du 26 avril I93I; in Lyon Chir. I93I, t.XXVIII, p.648.)

II9.- INFECTION PUERPERALE AVEC ENDOMETRITE GANGRENEUSE ; HYSTECTOMIE ; MORT.
(en collab.avec EPARVIER.)
(Soc. d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 4 mai I94I ; in Bull. N° 7, p.590.)

I20.6 INTOXICATION MORTELLE PAR L'APIOL ; FORME ANURIQUE ; DOUBLE DECAPSULATION RENALE ; SURVIE DE 30 JOURS.)
(en collab.avec TRILLAT & THIERS.)
(Soc. d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du I juin I93I ; in Bull. n°8, p.6I5.

I2I.- DE LA VALEUR DE LA RADIOGRAPHIE LIPIODOLEE POUR LE DIAGNOSTIC DES UTERUS BIFIDES.
(en collab. avec TRILLAT.)
(Soc.d'Obst.et de Gyn. de Lyon, séance du I juin I93I ; in Bull. n°8, p.6I7.)

DOCTEUR LOUIS MICHON

LYON
8, QUAI JULES-COURMONT
TÉL. FRANKLIN 18-65

I93I. (Suite)

I22.- CESARIENNE POUR DYSTOCIE PAR CICATRICE DE COL UTERIN APRES AMPUTATION.
(en collab.avec GONNET.)
(Soc.d'Obst.et des Gyn.de LYON, séance du 7 décembre I93I ; in Bull.I932, n°2, p.I35.)

I 9 3 2

I23.- SUR LA TECHNIQUE ET LES SUITES DE LA CESARIENNE.
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du I février ; in Bull.n°3, p.225.)

I24.- GESTATION DANS UN UTERUS DOUBLE-DYSTOCIE PAR L'UTERUS NON GRAVIDE. CESARIENNE BASSE. MORT AU 8° JOUR.
(avec MM. TRILLAT & OLLAGNIER.)
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 2 mai ; in Bull. p.)

I25.- GROSSESSE INTERSTITIELLE OPEREE AVEC CONSERVATION TOTALE PAR REIMPLANTATION TUBAIRE.
(avec TRILLAT & DARGENT.)
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 20 juin I932 in Bull. I932; n°9, p.707.)

I26.- RETENTION INTRAPERITONEALE D'UN FOETUS ECTOPIN MORT AU 5° MOIS. ABLATION TOTALE DE L'OEUF. GUERISON.
(avec TRILLAT.)
(Soc d'Obst.et de Gyn. de Lyon, séance du 20 juin I932 in ~~Lyon Chir~~. Bull. 1932, n° 9, p. 713)

I27.- MYOME ROUGE A EVOLUTION RAPIDE AVEC TORSION AXIALE DE L'UTERUS DANS LES SUITES DE COUCHES.
(avec TRILLAT & DARGENT.)
(Soc d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 20 juin I932 in Bull.I932, n°9, p.7I3.)

I28.- CALCIFICATION PERIARTICULAIRE DE L'EPAULE.
(Soc.de Chir.de Lyon, séance du 30 juin I932, in Lyon Chir.

I29.- VALEUR DE L'EXAMENBCTERIOLOGIQUE DU LIQUIDE INTRAPERITONEAL DANS LE PRONOSTIC DES ULCERES GASTRO-DUODENAUX PERFORES.
(Soc.de Chir.de Lyon, séance du 30 juin I932, in Lyon Chir.

I30.- SUR UN POINT DE TECHNIQUE DE LA CESARIENNE BASSE. DE L'UTILISATION SYSTEMATIQUE D'UN LAMBEAU PERITONEAL POUR REA-

DOCTEUR LOUIS MICHON

LYON
8, QUAI JULES COURMONT
TÉL. FRANKLIN 18-65

I932. (suite)

LISER L'EXCLUSION DE LA ZONE OPERATOIRE.
(Gyn.et Obst. t.XXVI, n°4, octobre I932, p.305-3I8, 8 fig.)

I3I.- CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES DE PETITES LEVRES. UN CAS DE KYSTE A EPITHELIUM CILIE.
(avec J.F.MARTIN.)
(Gyn.et Obst. I932 Novembre, n°5, t.XXVI, p.927-93I, 3 fig.)

I32.- REACTIONS DU TYPE "MALADIE SERIQUE" PAR SANG EXTRAVASE A LA SUITE D'UNE OPERATION, D'UN TRAUMATISME OU D'UNE LESION PATHOLOGIQUE.
(Soc.de Chir.de Lyon, séance du 24 novembre I932, in Lyon Chir.

I33.- RIGIDITE DU COL. HYSTEROTOMIE A 8 MOIS.
(avec TRILLAT & DARGENT.)
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 5 décembre I932, in Bull.

I34.- DU ROLE PATHOGENE DU SANG EXTRAVASÉ.
(Soc.d'Obst.et de Gyn.de Lyon, séance du 5 décembre, in Bull.

I 9 3 3

I35.- REACTIONS SERIQUES DUES AU SANG EXTRAVASE AU COURS D'AFFECTIONS CHIRURGICALES.
(Soc.de Med.de Lyon, séance du I7 janvier I933, in Lyon Med.

I36.- ENDOMETRIOME GRAVIDIQUE DE LA PAROI ABDOMINALE.
(en Collab. avec J.F.MARTIN & PIGEAUD.)
(Presse Médicale, sous presse.)

I37.- ENDOMETRIOME DE L'INTESTIN GRELE.
(Presse médicale, sous presse,)

I38.- FRACTURE DU SESAMOIDE EXTERNE DU GROS ORTEIL. ABLATION, GUERISON.
(Soc.de Chir. de Lyon, séance du 9 mars 1933

I39.- DU ROLE DE L'ANAPHYLAXIE DANS LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES.
(Journal de Chir. sous presse.)

I40.- ROLE DE L'HORMONE OVARIENNE DANS LES GREFFES D'ENDOMETRE.
(Lyon Chir. sous presse.)

DOCTEUR LOUIS MICHON

LYON
8, QUAI JULES COURMONT
TÉL. FRANKLIN 18-65

I93B (suite)

I4I.- PLAIE DE LA MAIN PAR CRAYON, ANILINE.
(Soc. de Chir. de LYON, séance du 9 mars)

I42.- A PROPOS DES KYSTES ET ABCÉS DE L'UTERUS D'ORIGINE ADENOMYOMATEUSE.
(Presse Med. sous presse.)

CONTRIBUTION A DES THÈSES

R. Ferrier, *Contusions récentes dans les plaies de guerre* (Lyon, 1919).

L. Maurizot, *Les plaies de l'artère poplitée par projectiles de guerre* (Lyon, 1920).

R. Brousse, *La rachianalgésie* (Lyon, 1920).

L. Allauzen, *Des tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée* (Lyon, 1921).

G. Apostolidès, *Contribution à l'étude des adénomyomes des cornes utérines* (Lyon, 1921).

G. Dumasle, *Contribution à la thérapeutique par les autovaccins* (Lyon, 1921).

J. Richard, *Traitement de soixante-deux cas d'infections de la grossesse et des suites de couches par les vaccins* (Lyon, 1922).

J. Migalli, *De la ménopause retardée dans les myômes utérins* (1925).

P. Maîtrerobert, *Contribution à l'étude des abcès de la langue* (Lyon, 1927).

R. Charles, *Contribution à l'étude de l'ovariotomie vaginale dans les kystes de l'ovaire pelvien au cours de la grossesse et du travail* (Lyon, 1928).

AVANT-PROPOS

Mon but est d'exposer dans cette notice l'évolution de ma formation chirurgicale et de résumer ceux de mes travaux qui me semblent avoir une valeur personnelle.

Je me contenterai simplement de signaler un certain nombre de publications qui n'ont qu'un intérêt épisodique, soit qu'il s'agisse de présentations de malades ou de faits isolés devant une société savante, soit qu'il s'agisse de Revues générales ou de mise au point.

Par contre, j'exposerai les travaux que j'ai publiés sur les questions qui m'ont plus particulièrement intéressé.

J'ai groupé dans un premier chapitre les publications correspondant au début de ma formation et ayant trait à l'anatomie, à l'histologie et à la bactériologie. Ces travaux ont été faits sous l'instigation de mes maîtres, les Professeurs Latarjet et Policard dans les laboratoires desquels j'ai travaillé pendant plusieurs années, estimant que la connaissance assez complète de ces sciences est loin d'être accessoire pour le chirurgien.

Dans les chapitres suivants, j'ai exposé en les classant par appareil, les travaux suscités par les différents cas cliniques que j'ai eu l'occasion d'observer soit au cours de mes années d'Internat ou de Clinicat, soit au cours de ma pratique personnelle et dans le service de chirurgie de garde des hôpitaux. Parmi ces travaux, les plus dignes d'intérêt sont ceux qui se rapportent à la chirurgie de l'estomac, travaux écrits avec mon maître X. Delore et sous son inspiration.

Enfin dans le dernier chapitre, le plus important, j'ai rassemblé mes travaux gynécologiques. Ils forment à eux seuls la moitié de mes publications.

Préparé à l'étude de la Gynécologie par mon maître Auguste Pollosson, j'y ai été guidé successivement par mes maîtres, le Professeur L. Tixier qui m'a inspiré ma thèse de doctorat et le Professeur Villard, dont j'ai été le chef de clinique.

C'est le coin de la pathologie vers lequel j'ai plus spécialement l'attention attirée.

Au cours de cette évolution de plus de dix années, j'ai travaillé avec les conseils et les encouragements de mon maître le Professeur R. Leriche; son esprit et sa méthode de travail m'ont continuellement guidé au cours de mes publications et de mes recherches.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie, Histologie et Bactériologie.

A) *Anatomie.*

RECHERCHES SUR LA CIRCULATION VEINEUSE DU FOIE CHEZ L'HOMME AVANT ET APRÈS LA NAISSANCE (27).

Ces recherches ont trait à l'étude anatomique de la circulation veineuse du foie, chez l'enfant, avant la naissance, et chez le nouveau-né. L'idée directrice était de se rendre compte si la circulation hépatique, modifiée complètement après la ligature du cordon et l'établissement de la respiration, ne se trouvait pas, de ce fait, dans des conditions anatomiques et mécaniques particulières. Dans ce but, nous avons recueilli et examiné une trentaine de pièces anatomiques.

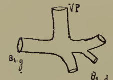
Résultats anatomiques. — Avant la naissance, le vaisseau de beaucoup le plus volumineux est la veine ombilicale, et ses branches ont une disposition assez constante (deux pour le lobe gauche, une pour le lobe carré). Le canal veineux d'Arantius présente un calibre variable, en tout cas toujours inférieur à celui du tronc porte, souvent même à celui des branches gauches. La veine porte a un tronc également moins volumineux que celui de la veine ombilicale; de ses branches, la gauche est la plus importante et en additionnant les calibres de toutes les branches fournies, on arrive à un total toujours supérieur à celui du tronc. D'autre part, tandis que les branches droites sont en continuation directe avec le tronc, la branche gauche forme avec lui un angle aigu. Ces constatations montrent que le tronc porte prend une part minime à l'apport circulatoire à cette période; toute la circulation est presque tributaire de la veine ombilicale, et les différentes dispositions anatomiques constatées créent des conditions mécaniques favorables à cette circulation (Fig. 1).

Après la naissance, la disposition générale du système veineux reste la même: la veine ombilicale s'atrophie jusqu'à l'origine de la première branche, le canal d'Arantius régresse vite et le calibre

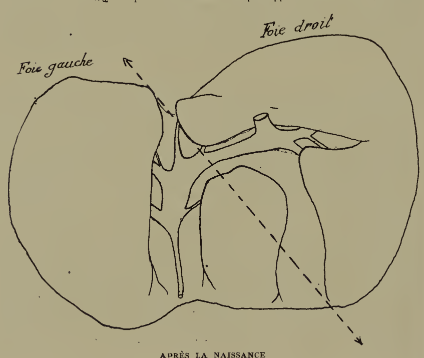


AVANT LA NAISSANCE

FIG. 1. — Système veineux hépatique chez le fœtus.



(Le petit dessin supplémentaire montre l'angulation de la branche gauche de la veine porte avec le tronc, et le calibre des branches qui est très considérable par rapport à celui du tronc).



APRÈS LA NAISSANCE

FIG. 2. — Système veineux hépatique chez le nouveau-né.

du tronc reste toujours inférieur à celui du segment de la veine ombilicale resté perméable. En somme, les conditions anatomiques et mécaniques sont bien moins favorables à la circulation portale qui existe alors; seules les branches droites de la veine-porte semblent favorisées (Fig. 2).

Pour ce qui est des lobes: avant la naissance, il y a égalité entre le volume des lobes droit et gauche; après la naissance, le lobe droit tend à prédominer et se développe plus vite que la gauche; ce fait nous paraît expliqué par la disposition favorable des branches veineuses qui lui sont destinées. On peut, schématiquement, diviser le foie en deux parties par une ligne oblique passant par la fossette cystique, le sillon transverse et le sillon d'Arantius: un foie gauche (lobe gauche et lobe carré) dont le système circulatoire est favorablement disposé pour un courant sanguin d'origine ombilicale, et qui se développe avec prédominance avant la naissance; un foie droit (lobe droit et lobe de Spiegel), dont le système circulatoire est mieux disposé pour un courant sanguin d'origine portale et qui se développe avec prédominance après la naissance (Fig. 2).

Résultats radiographiques. — La radiographie des pièces injectées au minium a permis de contrôler les notions anatomiques précédentes. Avant la naisance, c'est l'injection faite par la veine ombilicale qui pénètre le mieux, mais elle injecte tout particulièrement le lobe gauche et le lobe carré; l'injection par la veine-porte est imparfaite, le lobe droit et le lobe de Spiegel sont injectés avec prédilection.

Après la naissance, les résultats sont identiques et les conditions circulatoires paraissent les mêmes.

En résumé, il résulte de ces recherches que le système veineux paraît disposé pour une circulation d'origine ombilicale, disposition qui persiste après la naissance. Deux territoires circulatoires peuvent être distingués: l'un ombilical comprenant le lobe gauche et le lobe carré, l'autre portal comprenant le lobe droit et le lobe de Spiegel. Enfin la persistance après la naissance d'une disproportion entre le calibre du tronc porte et de celui de ses branches permet de penser que le foie se trouve à ce moment dans des conditions circulatoires défavorables, et que ce facteur peut entrer en ligne de compte dans la pathogénie de certains ictères des nouveau-nés.

Deux cas d'anomalie de la branche descendante de l'hypoglosse (28).

Dans un premier cas, la branche descendante de l'hypoglosse naissait du côté droit du pneumogastrique au lieu de venir de la douzième paire. Cette branche formait une anse avec une branche du plexus cervical née de la réunion de deux filets fournis par C^2 et C^3. De l'anse ainsi formée partait un seul filet se divisant en plusieurs rameaux pour les muscles sous-hyoïdiens; le filet du thyro-hyoïdien naissait du tronc de l'hypoglosse au niveau du coude. Aucune anastomose anormale n'existait entre les troncs du pneumogastrique et de l'hypoglosse (Fig. 3).

Dans le second cas, la disposition était analogue et la branche

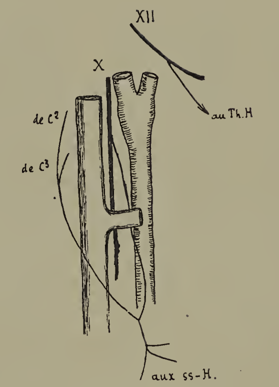


Fig. 3. — Mode de constitution de l'anse nerveuse (Obs. I).

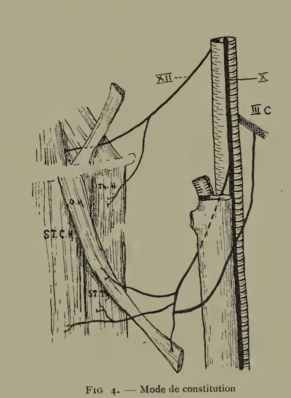


Fig 4. — Mode de constitution de l'anse nerveuse (Obs. II).

descendante de l'hypoglosse naissait également du tronc du pneumogastrique; elle formait avec une branche du plexus cervical issue de C^3 une anse anastomotique de la convexité de laquelle partaient les rameaux de l'omo-hyoïdien, du sterno-thyroïdien et du sterno-cléido-hyoïdien; le filet du thyro-hyoïdien naissait, comme dans le cas précédent, du tronc de l'hypoglosse. Aucune anastomose n'existait entre les deux troncs nerveux dans leur portion intra-cranienne; mais, au niveau de la base du crâne, l'hypoglosse se jetait dans le pôle supérieur du ganglion plexiforme et le nerf spinal s'accolait à ce niveau sur une courte distance à ce même ganglion. Du côté opposé, bien que l'accolement soit identique, la branche descendante de l'hypoglosse naissait du tronc du nerf de façon normale (Fig. 4, 5, 6).

Ayant recherché à cette occasion tous les cas publiés, nous les avons ramenés à trois types: dans un premier type, il existe un pseudo-accolement de la branche descendante de l'hypoglosse et du pneumogastrique et la dissection permet de se rendre compte que les filets contenus dans la gaine du nerf pneumogastrique proviennent, en réalité, de l'hypoglosse.

Dans un deuxième type, la branche descendante naît réellement du pneumogastrique, mais il existe en amont une ou plusieurs anastomoses plus ou moins importantes pour que l'on puisse admettre que les fibres nerveuses issues de l'hypoglosse ont suivi un trajet anormal dans le tronc du vague.

Dans un troisième type, enfin, la branche descendante naît du pneumogastrique et les filets nerveux viennent bien de ce nerf, car il n'existe aucune anastomose en amont.

Le premier de nos cas rentre dans le troisième type d'anomalie et concerne une origine vraie de la branche descendante sur le pneumogastrique; le deuxième cas doit être rattaché au deuxième type, du fait de l'accolement des troncs au niveau du ganglion plexiforme, ce qui permet de supposer qu'à ce niveau les filets de la branche descendante issus de l'hypoglosse ont passé dans le tronc du vague.

B) *Histologie.*

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE SIX CAS DE TESTICULE ECTOPIQUE (9).
QUELQUES FAITS CONCERNANT L'HISTOLOGIE DU TESTICULE ECTOPIQUE (8).

Ayant eu l'occasion d'examiner six testicules ectopiques, nous en avons fait l'étude histologique en nous attachant surtout à la recherche des corps gras. Les pièces opératoires provenaient de sujets âgés respectivement de 14, 15, 16, 17, 22 et 26 ans. Cette étude, dans son ensemble, confirme les travaux antérieurs classiques de Félizet et Branca, Cunéo, et Lecène, Ancel et Bouin. De l'étude comparative des différents éléments, nous avons pu cependant tirer quelques conclusions :

1° Le diamètre des tubes spermatiques est bien plus grand dans

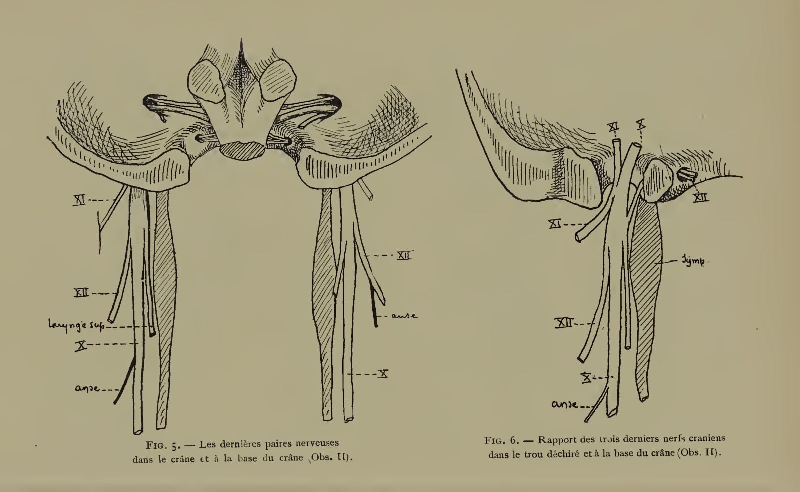


FIG. 5. — Les dernières paires nerveuses dans le crâne et à la base du crâne (Obs. II).

FIG. 6. — Rapport des trois derniers nerfs craniens dans le trou déchiré et à la base du crâne (Obs. II).

les testicules à spermatogénèse ébauchée que dans ceux à spermatogénèse nulle. Dans les cas extrêmes, il varie de 160 μ à 70 μ.

2° Le tissu conjonctif est, dans la majorité des cas, du type jeune, parfois même du type œdémateux. La sclérose intense est rare.

3° Les cellules interstitielles augmentent de nombre avec l'âge et on trouve parfois de véritables amas para-épithéliaux.

4° La graisse intra-tubulaire est abondante surtout dans les deux pièces provenant des sujets les plus âgés ; elle est presque absente dans un cas à spermatogénèse ébauchée.

5° La graisse intertubulaire est, d'une façon générale, extrêmement abondante comparée à la graisse intratubulaire ; elle s'y voit sous formes d'énormes placards constitués par l'agglomération de gouttelettes ; il s'agit d'amas muriformes ressemblant, morphologiquement, à ceux de la cortico-surrénale. Dans deux cas, cette graisse est rare : ce sont les cas à spermatogénèse ébauchée. Ce fait tendrait à prouver qu'il ne s'agit pas là d'une manifestation de l'activité cellulaire, mais plutôt de phénomènes de dégénérescence. Nous n'avons pas constaté un rapport inverse entre la graisse des cellules interstitielles et la graisse intra-tubulaire.

6° Nous n'avons pas trouvé de corps bi-réfringents vrais. Mais, dans un cas, aux points où la graisse était très abondante, nous avons vu des cristaux en aiguille ayant l'aspect des cristaux d'acides gras qu'on rencontre dans le tissu adipeux normal et donnant de la bi-réfringence parce que cristallisés.

Nous apportons ces faits à titre de simples documents pouvant servir de directives dans la question si complexe de l'histo-physiologie du testicule.

SUR LA SYSTÉMATISATION TOPOGRAPHIQUE DES LÉSIONS CYTOLOGIQUES DANS LE TUBE URINAIRE (4).

Sur la coupe d'un rein d'enfant atteint de dégénérescence graisseuse, nous avons constaté une localisation très nette des lésions :

1° Le segment du tube urinaire, étendu du glomérule au segment intermédiaire était indemne de dégénérescence graisseuse.

2° Le segment intermédiaire et le tube excréteur de Bellini étaient, par contre, atteints nettement de cette dégénérescence ; la graisse se présentait dans le segment intermédiaire sous forme de très fines granulations, diffuses dans toutes les cellules constitutives, tandis que dans le tube de Bellini, elle se condensait, dans certaines cellules, sous forme de grosses gouttes laissant intactes les cellules voisines.

Ces faits sont en faveur de l'attribution aux différents segments du tube urinaire d'une physiologie et d'une histo-pathologie spéciales.

FORME HISTOLOGIQUE RARE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS. EPITHÉLIOMA A ASPECT DE PÉRITHÉLIOME (19).

L'intérêt de cette observation réside uniquement dans l'examen histologique. Sur une pièce de biopsie de cancer du col, traité par

le radium, on trouva un aspect rarement signalé : les éléments épithéliaux néoformés se trouvaient réunis uniquement autour d'axes vasculaires et formaient ainsi des amas réguliers disséminés dans un tissu homogène de structure amorphe. Cet aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs, autrefois décrites sous le nom de périthéliomes. Guérison complète après une seule application de radium : la structure histologique de cette tumeur fait concevoir qu'elle soit très radio-sensible.

Fibrome pur du testicule (26).

Chez un enfant d'un an et demi, ablation d'un testicule en raison d'une augmentation progressive de volume. Il s'agissait d'une tumeur homogène blanchâtre d'aspect fibreux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur, sans aucun élément séminal, constitué surtout par du tissu fibreux contenant, par places, quelques lobules adipeux.

Malgré la multiplicité des coupes examinées, on ne put trouver d'éléments pouvant faire admettre qu'il s'agissait d'un embryome comme tend à l'admettre Chevassu. De telles observations sont rares : il n'en a pas été publié depuis les sept cas rapportés par Chevassu, dans sa thèse.

Sur le mécanisme pathogénique des calcifications ovariennes (31).

Les calcifications ovariennes sont rares : on a tendance à admettre qu'elles sont dues à des dépôts de calcium au niveau des corpora albicantia.

L'étude de différents types d'ovaires nous a montré que la quantité de calcium contenue dans les cendres était toujours très faible : il n'y a donc pas d'accumulation. Aussi croyons-nous qu'il faille chercher une autre hypothèse que celle invoquée jusqu'à présent.

C) *Bactériologie.*

Sur le traitement de l'infection puerpérale par les stock-vaccins (16).
Contribution a l'étude de la vaccinothérapie de l'infection puerpérale (23).
Thèses de G. Dumasle et de J. Richard.

Nous avons, dans ces différentes publications, apporté nos observations et nos résultats de vaccinothérapie de l'infection puerpérale. Les essais thérapeutiques ont été faits avec les stock-vaccins, le bouillon de Delbet et les auto-vaccins.

1° *Stock-vaccins.* — Sans chercher à obtenir une action spécifique, nous nous sommes servi de vaccins polyvalents contenant des gonocoques, des colibacilles, des entérocoques et des staphylocoques. Fréquemment à ce vaccin on en joignait un autre à streptocoques. Les stock-vaccins présentent, dans l'infection puerpérale, l'avantage

de l'action immédiate et rapide et nous avons conseillé de les utiliser d'emblée, quitte à les remplacer par un auto-vaccin dès qu'il sera fabriqué.

Nous avons montré les difficultés que l'on avait dans l'appréciation des résultats obtenus, en raison des renseignements douteux ou négatifs que fournit en général l'hémoculture, même faite dans de bonnes conditions au moment des accès fébriles, en raison aussi de la variabilité extrême de l'évolution. Le critérium le plus facilement utilisable est encore la modification de la courbe thermique en relation avec l'injection de vaccin. On peut classer les résultats obtenus de la façon suivante :

a) Il est des cas où l'évolution ne paraît nullement influencée par la thérapeutique vaccinale; les autres thérapeutiques ne donnent d'ailleurs, dans ces cas, aucun résultat. Il s'agit, en général, de formes sévères, d'infections graves;

b) Dans une seconde variété de cas, la stock-vaccinothérapie paraît, au contraire, avoir influencé heureusement l'évolution. La coupe thermique réagit selon deux types : parfois il existe une défervescence vespérale (réaction du type inverse) qui souvent ne se produit qu'aux premières injections. Il nous semble que ce soit là l'indice d'une action relative de la vaccinothérapie et que la guérison se fasse, en général, assez rapidement.

Par contre, dans d'autres cas, la réaction thermique est d'un type opposé : la température vespérale s'élève à 40-41° avec frissons, accélération du pouls, phénomènes généraux. L'effet sur l'évolution est beaucoup plus net, la température tombe parfois le lendemain et souvent définitivement.

Mais, dans tous ces cas où l'influence de la vaccinothérapie paraît avoir été heureuse, il s'agissait d'infections d'intensité moyenne ou légère.

2° *Vaccin de Delbet.* — Nous l'avons utilisé dans dix-sept cas d'infections post-partum et post-abortum. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été les mêmes qu'avec les stock-vaccins; toutefois, le bouillon de Delbet semble provoquer une réaction générale plus intense, parfois extrêmement violente et il semble exercer une action très favorable en ce qui concerne la sédation de la douleur.

3° *Auto-vaccins.* — L'inconstance des résultats donnés par les stock-vaccins et surtout le souci d'exercer une thérapeutique spécifique nous ont conduit à tenter le traitement par les auto-vaccins. Le sérum antistreptococcique s'est montré presque toujours inefficace. La préparation de l'auto-vaccin présente quelques difficultés : l'hémoculture étant presque toujours négative, nous avons cherché à isoler le streptocoque des lochies. On trouve presque toujours le streptocoque hémolytique, mais il semble disparaître assez vite des écoulements et son association aux microbes vulgaires, non pathogènes, à cultures florissantes, rend parfois impossible la fabrication de l'auto-vaccin.

Les résultats obtenus sont les suivants : dans les cas graves, l'auto-

vaccin s'est montré inefficace et a paru incapable de déclancher la formation suffisante des anti-corps ; il semble que, dans ces cas, le streptocoque ait sensibilisé l'organisme au lieu de l'immuniser.

Dans d'autres cas sévères, à évolution habituellement prolongée, avec rechutes et poussées thermiques successives, l'auto-vaccin a amené une chute brusque de la température, parfois après un clocher très net et cette chute a toujours été définitive. Dans ces cas où le streptocoque semble vivre d'une vie latente et réveiller sa virulence sous certaines influences, l'auto-vaccinothérapie nous semble avoir une certaine valeur.

En somme, sans donner des conclusions trop absolues, il nous semble que la vaccinothérapie mérite d'entrer en ligne dans le traitement de l'infection puerpérale : les stock-vaccins, d'emploi plus facile, doivent être employés à la phase aiguë de l'infection ; incapables de favoriser la guérison dans les cas graves, ils semblent avoir des effets favorables dans des formes moyennes et ont une action sédative sur les douleurs pelviennes.

Par contre, les auto-vaccins, sans effet à la période aiguë, paraissent avoir une influence heureuse à plus lointaine échéance, en limitant la durée de la période fébrile et en évitant les réveils infectieux.

Ces deux modes de vaccinothérapie peuvent donc être associés. Le stock-vaccin employé au début, sera remplacé par l'auto-vaccin au bout de quelques jours.

Septicémie a entérocoques (7).

Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui, après des symptômes généraux d'infection, présenta des douleurs articulaires, des signes d'hépatisation du poumon droit, des œdèmes et une albuminurie de 10 grammes par litre. La mort survint avec des vomissements, de la diarrhée, de l'anurie et le tableau clinique de l'urémie. Au cours de l'évolution, une hémoculture permit de mettre en évidence un microbe ayant les caractères de l'entérocoque. L'autopsie ne montra que des viscères congestionnés et l'examen histologique des lésions infectieuses diffuses. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une forme septicémique primitive.

Etude bactériologique d'un fibrome sphacélé (37).

Il s'agissait d'une femme opérée en période fébrile d'un gros fibrome non sphacélé. Malgré une hysterectomie pratiquée en vase clos, la mort survint au cinquième jour par septicémie.

L'étude bactériologique décela à l'intérieur de la tumeur un bacille pseudo-diphtérique que l'on considère comme un hôte saprophyte inoffensif du vagin, le Bacterium Cutis commune. Ce microbe se présentait à l'état pur et en grande abondance paraissant être le seul agent de suppuration.

Deux cas d'herpès buccal post-abortif avec pneumocoques dans les lochies (12).

CHAPITRE II

Pathologie générale.

TUMEURS MULTIPLES DE LA CUISSE CONSÉCUTIVES A DES INJECTIONS D'HUILE CAMPHRÉE (6).

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CONSÉCUTIVES AUX INJECTIONS D'HUILE DE VASELINE CAMPHRÉE (10)

SUR LA DÉTECTION HISTO-CHIMIQUE DES CARBURES (*huile de vaseline*) DANS LES TUMEURS PROVOQUÉES PAR INJECTIONS DE CES CORPS DANS LES TISSUS (14).

Thèse d'ALLAUZEN. — *Les tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée.*

Nous nous sommes attaché à l'étude des pseudo tumeurs consécutives aux injections d'huile de vaseline camphrée et tout particulièrement en ce qui concerne leur structure histologique et leur diagnostic. Dans une première observation présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, il s'agissait d'une jeune femme se plaignant de l'apparition de plusieurs petites tumeurs de la cuisse gauche caractérisées par des nodosités dermo-hypodermiques mal délimitées, dures, douloureuses à la pression. Cette malade avait reçu au cours de l'épidémie de grippe soixante injections d'huile camphrée qui furent toutes faites dans la cuisse gauche en raison de l'existence d'un abcès de fixation à la cuisse droite. Une biopsie fut pratiquée et l'examen histologique nous montra des gouttelettes huileuses contenues des les micro-kystes et des signes d'infection chronique dans un tissu conjonctif hyperplasié. Nous avons attiré l'attention à propos de cette observation sur la longue période de latence entre la date des injections et la date d'apparition des tumeurs et sur le cheminement et la progression des tumeurs dans le tissu cellulaire.

Dans une seconde observation présentée à la Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, il s'agissait d'une femme qui, un mois après une pneumonie au cours de laquelle elle reçut huit injections d'huile camphrée, présenta dans la cuisse une tumeur prise pour un abcès. Mais l'absence de signes d'inflammation nous

fit penser qu'il s'agissait d'un vaselinome au début. L'ablation de la tumeur, son examen histologique et chimique, permit de vérifier ce diagnostic.

En plus nous avons fait l'examen histologique de deux tumeurs analogues qui nous avaient été confiées.

En nous basant sur ces examens, nous avons fait l'étude anatomo-pathologique des lésions et nous avons retrouvé les caractéristiques signalées par Jacob et Fauré-Frémiet : micro-kystes de volume variable, parfois visibles à l'œil nu et contenant l'huile de vaseline, réaction du tissu conjonctif du type fibroïde, encerclant les kystes huileux, présence de grandes cellules géantes à très nombreux noyaux, souvent disposés en couronne ; ces cellules se trouvent le plus souvent au contact des cavités kystiques dont elles tendent à boucher la lumière et contiennent dans leur protoplasma des gouttelettes huileuses phagocytées.

Mais l'examen histologique ne pouvant pas toujours donner la certitude, nous nous sommes évertué à préciser le diagnostic histo-chimique du vaselinome. Nous avons montré d'abord que l'emploi successif d'acide osmique et de rouge écarlate permet souvent la découverte de l'huile de vaseline, l'acide osmique réduisant les graisses organiques et les colorant en noir et le rouge écarlate colorant alors électivement les carbures, n'ayant pas subi l'osmo-réduction.

Toutefois, ce procédé manque parfois de précision, du fait de l'impureté de l'huile de vaseline ; ce corps pouvant contenir des éléments adipeux des tissus qu'elle a dissous, réduit de ce fait l'acide osmique et prend une teinte grisâtre, pouvant en imposer pour des graisses naturelles ; aussi avons-nous cherché avec le Professeur A. Policard une technique simple, permettant de déterminer de façon certaine la nature saponifiable ou non des gouttelettes huileuses microscopiques constatées sur les coupes : après fixation au formol et coupe à la congélation, on examine sur lame le fragment prélevé. On procède alors à la *saponification sur lame :* on maintient la préparation pendant quinze minutes à 60° dans de l'alcool sodé à 10 p. 100 en ayant soin d'éviter l'ébullition et de remplacer au fur et à mesure de l'évaporation l'alcool sodé par de l'alcool ordinaire. Sous l'influence de ce traitement, les coupes se rétractent de façon uniforme, les graisses saponifiables sont détruites et dissoutes et seules restent les gouttelettes d'huile de vaseline avec leur réfringence caractéristique. Aussi la distinction entre les gouttelettes de carbure et les formations adipeuses naturelles est aisée par cette technique très facile à mettre en œuvre et indiscutable au point de vue chimique.

Enfin réunissant les observations publiées alors, nous avons ramené les aspects cliniques que peut présenter le vaselinome à trois formes : forme inflammatoire et suppurée en imposant pour une infection, se voyant surtout dans les cas récents ; forme à noyaux multiples, limités et sous-cutanés ; forme cutanée avec envahissement diffus des téguments, pouvant simuler le sarcome ou le lupus.

Maladie sérique post-opératoire a la suite d'un épanchement séreux sous-cutané chez une sensibilisee (55).

Maladie sérique post-opératoire récidivante déclenchée par l'acte opératoire lui-même (80).

Une maladie présente à la suite d'une première intervention une maladie sérique typique alors qu'elle n'a reçu après l'acte opératoire aucune injection de sérum. La cause déclenchante de la maladie paraît devoir être dans un épanchement séreux sous-cutané au niveau de la plaie opératoire. La maladie qui avait reçu autrefois au cours d'une diphtérie plusieurs injections de sérum et qui était de ce fait sensibilisée, faisait sa maladie sérique par suite de la résorption de son propre sérum épanché dans le tissu cellulaire. Telle était l'hypothèse pathogénique que nous avions émise sans apporter à son appui des arguments véritables.

Or cette malade, ayant été réopérée, a présenté pour la seconde fois un syndrome tout à fait analogue au précédent. Cette récidive confirme l'hypothèse émise lors du premier accident.

De l'emploi du citrate de soude comme hémostatique en chirurgie (77).

Les essais de cette thérapeutique à la suite de M. Renaud sont tout à fait concluants. Ils nous engagent à préconiser l'injection intra-veineuse de 30 cc. d'une solution à 30 %.

Sept observations rapportées dans ce travail sont des succès rapides de la méthode.

Les hématomes et abcès de la gaine des droits après laparotomie par incision de Pfannenstiel (30).

En nous basant sur l'importante statistique du Professeur Tixier (1.500 Pfannenstiel), nous avons décrit les collections hématiques, suppurées ou non, qui sont une complication rare, mais particulière à ce genre d'incision de la paroi.

Nous avons distingué deux formes anatomo-cliniques : *une forme basse et une forme haute* et, ayant recherché les causes des hématomes, nous avons précisé les points particuliers de l'hémostase au cours de cette technique de laparotomie.

Pince a disséquer a pression continue pour les dissections fines.

Dispositif spécial permettant l'adjonction d'une valve supplémentaire a l'écarteur abdominal dans le but de récliner le côlon sigmoïde (99).

CHAPITRE III

Chirurgie de la Face.

LES ABCÈS DE LA LANGUE (24, 62, 103).
Thèse de MAÎTREROBERT.

Nous avons publié avec Dunet deux observations personnelles : dans un cas, il s'agissait d'un abcès superficiel de la pointe qui guérit rapidement après une petite incision ; dans un autre cas, d'un abcès profond de la base, caractérisé par l'existence de deux loges suppurées indépendantes.

A l'occasion de ces deux cas, nous avons recherché tous les cas de glossites suppurées publiées dans la littérature et nous avons fait une étude critique de la question en insistant particulièrement sur les points suivants :

Au point de vue anatomique, la seule travée cellulaire importante de la langue est celle que suit l'artère linguale, et les formations fibro-aponévrotiques créent deux loges assez bien séparées, une droite, l'autre gauche, loges séparées également des régions voisines. En outre, la portion de la langue paraissant le plus vulnérable et la plus sujette aux localisations inflammatoires est la région du V lingual, en raison de l'existence des formations lymphoïdes (amygdale linguale) et des glandes salivaires accessoires dont quelques-unes sont profondes et intra-musculaires (glande de Weber, glande de Blandin-Nühn).

Ultérieurement j'ai eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas, un dont l'étiologie était nettement traumatique, un dont le siège était au niveau de la base.

PSEUDO-KYSTE SALIVAIRE POST-TRAUMATIQUE DE LA GLANDE DE BLANDIN-NUHN (106).

Un homme se mord la langue et voit apparaître à la suite une tuméfaction kystique sur la face inférieure. Ce kyste présente des variations de volume notables du matin au soir. Excision du pôle saillant. Guérison.

Ce cas qui aurait été étiqueté autrefois grenouillette est en réalité un pseudo-kyste salivaire post-traumatique de la face inférieure de la langue. La lésion manifestement post-traumatique est un pseudo-kyste formé par auto-digestion des acinis. La parenté histologique et physiologique qui existe entre le pancréas et les glandes salivaires permet cette analogie et engage à admettre pour les glandes salivaires une pathogénie classique pour le pancréas.

EPITHÉLIOMA DE LA JOUE TRAITÉ PAR LE RADIUM (17).

CHAPITRE IV

Chirurgie des Membres, des Vaisseaux et des Nerfs.

SUR UN CAS DE CONTUSION ARTÉRIELLE : STUPEUR ARTÉRIELLE ET SYNDROME CAUSALGIQUE CONSÉCUTIF (1).
A PROPOS DE LA STUPEUR ARTÉRIELLE (3).

Nous avons observé deux cas de traumatismes artériels concernant des lésions assez différentes.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une contusion artérielle ayant provoqué à distance un spasme immédiat et ultérieurement un syndrome causalgique. Voici l'observation résumée : Blessé par balle ; plaie en séton des deux cuisses avec orifices punctiformes. Les lésions paraissent banales, mais le blessé attire l'attention sur le membre inférieur droit dont il souffre : l'examen montre que le pied droit est plus froid et plus blanc, et on ne sent battre ni la pédieuse, ni la tibiale postérieure.

L'intervention révèle une contusion de l'artère fémorale au niveau de la partie moyenne : le vaisseau est augmenté de volume, de teinte noirâtre, ecchymotique, la gaine est éraillée, les battements sont nettement perçus. On vérifie la veine et les nerfs qui sont intacts. Après l'intervention, le pouls n'est toujours pas perçu en aval de la lésion ; il réapparaît six heures après. Quant aux douleurs, après s'être amendées pendant quelques jours, elle réapparurent et prirent un caractère paroxystique avec pâleur et sudation abondante.

En somme, dans ce cas, les phénomènes de contusion artérielle se sont accompagnés de troubles circulatoires à distance, sans qu'il existe de spasme local, et de troubles nerveux du type causalgique, vraisemblablement en rapport avec une lésion du sympathique périartériel.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un multi-blessé des membres dont les plaies furent traitées opératoirement. Au cours de l'intervention, une plaie borgne rétro-malléolaire conduisit sur le paquet vasculo-nerveux tibial postérieur ; un projectile était au contact même des vaisseaux.

La veine présentait une petite plaie latérale, l'artère un point ecchymotique au niveau duquel s'arrêtaient les battements ; en outre, le calibre paraissait diminué au niveau de la tache ecchymotique ;

l'ondée sanguine semblait buter contre un obstacle. Résection de l'artère entre deux ligatures ; immédiatement les deux moignons artériels se mettent à battre.

Le segment artériel réséqué ne contenait pas de caillots. Ce n'est qu'en étalant la pièce qu'on aperçut par distension deux minuscules orifices correspondant à deux aspérités du projectile ayant ponctionné les tuniques.

En somme, il s'agissait d'une lésion minime de la paroi artérielle ayant déterminé un spasme suffisant pour arrêter le cours du sang dans un segment localisé.

Les gangrènes d'origine artérielle d'après les travaux russes contemporains (43).

Revue générale destinée à faire connaître les nombreux travaux russes dont le point de départ a été l'hypathite d'Oppel de l'hyperepinéphrie, pour expliquer la genèse des gangrènes artérielles spontanées chez les jeunes.

Lésions des gros troncs vasculaires (2).

Ulcère variqueux chronique. Opération de Moreschi et section du nerf saphène interne. Guérison. Résultat éloigné (22).

Résultat éloigné d'une opération de Moreschi avec résection du nerf saphène pour ulcère de jambe (36).

Malade de 50 ans, ancien syphilitique et porteur de varices légères, atteint d'un ulcère de jambe depuis douze ans. Inefficacité de tous les traitements employés jusqu'alors; périodes de guérison apparente n'ayant pas dépassé deux mois. Incision en jarretière de Moreschi et dans un temps spécial découverte et résection du nerf saphène interne. Le résultat fut très heureux ; depuis plusieurs années l'ulcère est cicatrisé malgré le métier dur qu'exerce le sujet.

Luxation externe de la clavicule. Syndesmopexie coraco-claviculaire (91)

La luxation incomplète qui ne s'accompagne pas de rupture totale des ligaments coraco-claviculaires amène peu de troubles fonctionnels et ne nécessite pas une intervention. Mais dans la luxation complète, lésion d'ailleurs rare, l'impotence est bien plus marquée et la conduite à tenir mérite d'être discutée. Il n'est pas douteux que l'abstention peut donner des résultats parfaits, mais l'intervention chirurgicale donne un résultat beaucoup plus rapide.

Dans le cas que j'ai opéré, le blessé a quitté l'hôpital au bout de huit jours et a repris un travail pénible au bout d'un mois.

La syndesmopexie au fil de soie est la technique la plus sûre et la plus facile.

Plaie du tendon fléchisseur propre du pouce dans la paume. Suture secondaire. Guérison fonctionnelle parfaite (100).

Ce type de plaie tendineuse qui est grave passe souvent inaperçu. C'était le cas pour ma malade qui ne fut opérée qu'un mois après la section.

La découverte du bout périphérique du tendon fut difficile, car le moignon adhérait au tendon de l'index et sa traction amenait la flexion de ce doigt.

La mécanothérapie et l'électrisation ne sont efficaces que si l'on immobilise la première phalange en extension.

Tous les détails importent en chirurgie tendineuse. Dans ce cas le résultat fonctionnel est parfait.

CHAPITRE V

Chirurgie du Thorax.

Fistule pleurale, résection costale, décortication de la poche. Guérison rapide (5)
Les traitements des fistules pleurales (15).

Chez un malade porteur d'une fistule pleurale, consécutive à une pleurésie purulente post-grippale, l'intervention montra que la fistule était entretenue par trois causes : la rétention d'un drain à instillation continue, des lésions osseuses costales et une pachy-pleurite très marquée.

L'extraction du drain, la résection partielle de trois côtes malades et la décortication de la poche amenèrent la guérison rapide.

En effet, le principe primordial du traitement des fistules pleurales est de proportionner l'acte opératoire à l'état anatomique des lésions.

A l'aide de plusieurs observations, nous avons montré que les différents procédés opératoires devaient s'adapter aux lésions constatées : la simple résection costale améliore un drainage insuffisant, l'opération de Gayet-Letiévant-Estlander s'adresse aux fistules constituées, l'opération de Scheede a avantage à se faire en plusieurs temps, enfin la décortication pulmonaire suivant la méthode de Delorme doit être adjointe au temps pariétal de l'intervention dans les cas de pachy-pleurite viscérale.

Pour faire le choix entre ces différents procédés opératoires, un examen approfondi du malade peut donner des précision utiles : l'exploration au stylet, la pleuroscopie, l'examen microbiologique, les rayons X doivent être utilisés, mais fréquemment les renseignements fournis sont tout à fait insuffisants et seule la thoracotomie exploratrice, premier temps de l'intervention, permettra de faire le choix du procédé opératoire.

CHAPITRE VI

Chirurgie de l'Estomac.

De l'oblitération cicatricielle des bouches de gastro-entéro-anastomose (34).

Nous avons étudié avec X. Delore et E. Pollosson un point très particulier des suites de gastro-entéro-anastomose. Il est des cas où après une GEA faite dans des conditions satisfaisantes on voit réapparaître des signes de sténose et la réintervention montre que la nouvelle bouche s'est rétrécie ou s'est oblitérée sans qu'on note à ce niveau une lésion néoplasique ou ulcéreuse évolutive. Dans ces cas l'oblitération de la bouche est spontanée, due à l'évolution d'un processus cicatriciel oblitérant.

Nous avons rapporté 10 observations dans lesquelles les faits cliniques sont analogues : il s'agissait de malades ayant subi une GEA et qui après une amélioration passagère ont présenté à nouveau des signes de sténose. Autrefois on admettait que la bouche anastomotique restait perméable tant que la perméabilité pylorique n'était pas rétablie. On sait actuellement qu'il n'en est rien. Pour expliquer cette obturation secondaire nous avons été parmi les premiers à invoquer l'existence des lésions inflammatoires fréquemment constatées au cours des interventions et qui intéressent les trois couches de l'estomac. Si les lésions péritonéales sont bien connues et classiques, les lésions des couches musculeuse et muqueuse étaient alors moins connues ; elles ont été bien étudiées depuis. Nous avons soutenu que ces lésions inflammatoires, lésions musculeuses surtout, expliquent l'oblitération cicatricielle de la bouche. En somme *les sténoses cicatricielles des bouches de gastro-entéro-anatomose sont des sténoses inflammatoires*.

Toutes les fois que l'on verra apparaître des troubles de sténose dans les suites d'une GEA on peut penser que l'on a à faire à un processus d'oblitération spontané et non pas à l'extension de la maladie causale. Aussi a-t-on toujours le devoir de réintervenir. Cette indication est particulièrement intéressante chez les cancéreux pour lesquels on a peut-être trop de tendance à abandonner la partie en cas de réapparition des signes de sténose quelques semaines après une GEA, pensant à une généralisation néoplasique.

Les signes de sténose réapparaissent en moyenne trois mois après la première intervention. La date précoce d'apparition des troubles suffit à les différencier de ceux dus à l'évolution d'un ulcère gastro-jéjunal. On a d'autant plus de chances d'avoir à faire à une oblitération cicatricielle que l'on avait constaté lors de la première intervention des signes d'inflammation gastrique. Quoique la suture ne soit pas exempte de cette complication, elle est plus fréquente après la GEA au bouton.

Le traitement chirurgical de l'oblitération cicatricielle consistera dans l'établissement d'une nouvelle GEA lorsque la première sera difficile à aborder en raison d'adhérences ou lorsqu'on la trouvera complètement oblitérée.

Par contre si elle est seulement en voie d'oblitération il sera très simple de l'élargir par un procédé technique que nous avons décrit. Au cours du deuxième temps de la gastrectomie en deux temps il sera toujours indispensable de vérifier l'état de la bouche et systématiquement nous procédons à son élargissement lorsqu'elle a été faite au bouton.

La gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière. Technique, indications, accidents (*A propos de* 650 *cas*) (40).

L'établissement de la statistique de notre maître X. Delore, riche à cette époque de plus de 650 cas, nous a autorisé à insister du point de vue technique sur certains détails de la GEA au bouton. Cette opération, dont la technique est bien spéciale a une qualité principale, la rapidité qui en fait une opération d'urgence.

Nous avons insisté sur le choix et la préparation du bouton et sur les différents temps de sa mise en place. Ainsi exécutée la GEA demande en moyenne 2 minutes.

La GEA au bouton doit être employée dans des cas bien déterminés et non pas systématiquement. L'indication est absolue dans la sténose ancienne du pylore caractérisée par un état de dénutrition marqué, une déshydratation prononcée avec oligurie aboutissant à la cachexie; de tels malades sont parfois à l'extrême limite de l'opérabilité, presque des moribonds; seule la GEA au bouton peut les sauver. L'alimentation doit être reprise immédiatement : elle donne de véritables résurrections et parfois un véritable délire, sorte d'ivresse alimentaire, accompagné d'un œdème des extrémités de pronostic très favorable et qu'il faut différencier d'un œdème cachectique.

L'occlusion aiguë du pylore est également une indication absolue lorsque chez un malade gastrique incomplètement rétentionniste survient brutalement un syndrome d'intolérance absolue vraisemblablement du fait d'un spasme surajouté. Toute alimentation même liquide est rejetée; la gastro au bouton fait cesser cet état de mal gastrique.

Les hémorragies gastriques par rétention seront également traitées avec avantage : la gastro agit alors comme la sonde à demeure dans

les hémorragies vésicales en mettant par vidange l'estomac au repos.

Enfin lorsqu'un acte opératoire diminue le calibre du canal pyloro-duodénal il faut établir une gastro à l'aide du bouton, ce qui n'allonge pour ainsi dire pas la durée de l'opération.

A côté de ces indications absolues se placent des indications relatives moins évidentes que les précédentes et dans lesquelles le bouton paraît rendre des services appréciables. C'est ainsi que dans toute opération gastrique modifiant plus ou moins la forme et les dimensions de l'estomac, la pose rapide d'un bouton simplifie les suites opératoires, évite les phénomènes de spasme pylorique. De même dans les opérations en deux temps la gastro au bouton qui utilise moins de tissus permet une exérèse plus large. Une telle technique n'a donné sur plus de 650 cas qu'un accident mortel. On a reproché au bouton de lâcher plus facilement que les sutures ; c'est faux : la solidité de l'anastomose est telle que l'alimentation immédiate est possible. Les boutons qui lâchent sont ceux qui ont été mal placés et surtout qui n'ont pas été engrenés à fond. Dans un cas une perforation intestinale s'est produite, 18 jours après la gastro, au niveau de la dernière anse iléale. Il s'en est suivi une péritonite mortelle. Dans un seul cas également une sténose du grêle d'origine tuberculeuse, ayant été traitée par une anastomose latérale au bouton, récidiva au bout de deux années. Une réintervention montra qu'un noyau de pêche avait oblitéré la bouche, accident qui ne serait vraisemblablement pas arrivé dans le cas d'anastomose à la suture. Les sténoses cicatricielles qui, comme nous l'avons montré, sont le fait de lésions inflammatoires associées, sont plus fréquentes après la G. E. A. au bouton qui écrase les tuniques gastriques et intestinales qui se sphacèlent. La rétention du bouton ne peut être considérée comme un accident car elle est compatible avec un très bon fonctionnement de la bouche.

Donc la G. E. A. au bouton a l'avantage incontestable de la rapidité. Elle doit être considérée comme un procédé d'urgence qui ne doit pas remplacer la suture et ne doit pas lui céder le pas. Sur 1.196 G. E. A. faites par Delore de 1900 à 1924, 637 l'on été au bouton et 529 à la suture.

A propos du traitement des ulcères perforés de l'estomac en péritoine libre (35)

Au cours des débats qui ont eu lieu sur cette question en 1922 et 1923, nous avons donné la façon de faire de notre Maître Delore, partisan de l'intervention minima défendue par Hartmann et Lecène. La gastro-pylorectomie ne doit être faite que la main forcée (1 cas sur 19, suivi de guérison). Dans tous les autres cas nous avons de parti pris préféré l'enfouissement ou la suture.

En dehors des avantages de la laparotomie sous-costale droite, qui permet un abord plus facile de la région pyloro-duodénale, nous avons insisté sur la facilité de la gastro complémentaire au bouton que l'on peut ne pas faire systématiquement, mais dont l'emploi peut être très étendu lorsque sa technique est rapide. Loin de diffuser

l'infection, l'exécution de la gastro permet au contraire de vider l'étage sous-mésocolique. En outre, nous avons montré l'utilité du drainage sus-pubien systématique, qui dans tous les cas permet d'évacuer simplement des collections parfois importantes du Douglas et met le péritoine dans de meilleures conditions de résistance.

Des complications pulmonaires au cours de la chirurgie gastrique (41).

L'ignorance dans laquelle on se trouve de la pathogénie réelle des complications pulmonaires en rend malaisée la thérapeutique rationnelle. S'agit-il d'embolies septiques à point de départ dans la muqueuse gastrique infectée? S'agit-il de réflexes inhibiteurs du fait des relations entre les branches gastriques et pulmonaires du vague ? Il faut admettre une part à ces deux facteurs dans la genèse des accidents.

Parmi les précautions pré-opératoires une seule importe, le lavage d'estomac, qui agit mécaniquement en supprimant la rétention gastrique et en décongestionnant l'organe.

Pour ce qui est des précautions opératoires, trois points méritent un certain intérêt: l'anesthésie ne semble pas influencer les accidents de façon bien nette et si la locale et la rachidienne sont souvent préférées elles ne s'en accompagnent pas moins de complications pulmonaires. Plus importante est l'extrême douceur des manipulations qui s'imposent dans la chirurgie gastrique: éviter les tractions sur les mésos, les explorations digitales brutales, rejeter systématiquement l'emploi de clans et de pinces à mors, rechercher les lésions à « main nue »; en somme éviter de créer de petites suffusions hémorragiques, de petits hématomes dans l'épiploon, ces micro-traumatismes coïncident souvent avec les complications pulmonaires. Tous les détails qui abrègent la durée de l'intervention sont à recommander et à ce titre le bouton anastomotique.

Parmi les précautions post-opératoires, le lavage d'estomac pratiqué non seulement en cas de vomissements et d'hémorragies, mais encore dès que le malade présente des régurgitations, un peu de fièvre, ou le pouls rapide, contribue dans une certaine mesure à prévenir la localisation pulmonaire. Il faudra le pratiquer le malade étant couché et avec du sérum chaud sous faible pression.

De la recherche des petits ulcères de l'estomac (32).

Actuellement on est amené à intervenir pour des lésions stomacales précoces. Les moyens d'investigation et diagnostic permettent souvent de dépister la lésion assez tôt et l'éducation médicale est faite si bien que les médecins envoient les malades au chirurgien dès les premiers troubles, et les malades acceptent l'intervention.

Dans ces conditions, la découverte opératoire de la lésion est souvent difficile, même pour un chirurgien habitué à la chirurgie gastrique.

L'inspection lente et minutieuse doit être faite: les moindres adhérences épiploïques, les dépolis de la séreuse doivent attirer

l'attention, mais c'est surtout la palpation entre deux doigts qui permet de s'assurer de la lésion. Cette palpation doit être faite avec une main dégantée, car l'induration est souvent discrète.

Il est vraisemblable qu'on a dû faire autrefois des laparotomies blanches, dans ces cas de lésions ulcéreuses au début.

Du choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire (33).

La conduite à tenir dans le choix du procédé opératoire a été discutée. Si pour tous les auteurs les anastomoses sont des procédés de nécessité, on est obligé souvent d'y avoir recours et elles peuvent donner d'excellents résultats. Toutes les fois qu'elles sont possibles les résections sont les procédés de choix : elles ont l'avantage de supprimer la lésion. Delore défendait à cette époque la résection médio-gastrique comme plus logique que la gastro-pylorectomie qui enlève inutilement une poche inférieure saine. Si l'on voulait enlever une poche, ce serait à la supérieure qu'il faudrait s'adresser, car elle est épaissie, pathologique et présente les modifications anatomiques que l'on a coutume de rencontrer au-dessus des sténoses. La gastro-pylorectomie ne doit donc être utilisée que si il y a une sténose pylorique associée, c'est-à-dire quand la poche inférieure est pathologique.

Cette opinion, soutenue à cette époque par Delore, avait le mérite de chercher à préciser les idées, mais elle n'a plus guère cours à l'heure actuelle où l'on préfère généralement la gastro-pylorectomie à la résection médio-gastrique.

Syndrome pseudo-appendiculaire par perforation gangréneuse du cæcum au cours de la dysenterie amibienne (forme récidivante chronique).

Alors que les accidents chirurgicaux de la dysenterie amibienne aiguë sont bien connus, ceux de la forme chronique consistent en général en un syndrome pseudo-appendiculaire chronique précédant le plus souvent une nouvelle poussée. Aussi le cas que nous avons observé ne rentre-t-il pas dans le cadre des lésions habituellement décrites.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans pour lequel on dut intervenir d'urgence, en raison de symptômes d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale intense.

A l'opération, on trouva du pus sous tension, un appendice libre et une plaque de gangrène sur le cæcum. Toute l'extrémité de l'ampoule cæcale était comme cartonnée : appendicectomie, suture de la perforation, drainage, amélioration progressive. Mais un mois après l'intervention, élévation de la température à 40°, sans symptôme abdominal. La température persistant irrégulière avec de grandes oscillations, et par suite de l'apparition de signes de rectite, on pensa à un abcès résiduel qu'on chercha et qu'on ne trouva pas. A trois ou quatre reprises, le malade fut pris de crises

douloureuses abdominales extrêmement vives avec vomissements bilieux faisant songer à une perforation intestinale.

Au cours d'une crise, évacuation de matières purulentes et sanglantes; on songea alors à la dysenterie que l'on retrouva dans les antécédents. Un traitement à l'émétine fut institué et amena la guérison.

Cette observation est digne de remarque, car elle montre que l'on peut observer à très longue échéance des complications gangréneuses du côté du gros intestin. La localisation élective au niveau du cæcum imprime le masque clinique de l'appendicite aiguë, tandis que la localisation possible au niveau du côlon ascendant ou du transverse peut réaliser le syndrome clinique des cholécystites aiguës ou des perforations d'ulcère du duodénum ou de l'estomac. D'autre part, les symptômes de rectite, dus au réveil dysentérique, peuvent en imposer pour un abcès appendiculaire au voisinage du rectum.

Au cours de l'intervention, l'aspect lavé de la surface péritonéale, la couleur laiteuse du pus, les lésions cæcales peuvent attirer l'attention et doivent faire penser à la dysenterie.

On doit donc avoir l'attention en éveil sur les séquelles de la dysenterie et pratiquer un examen des selles chez les malades présentant des commémoratifs dysentériques et paraissant atteints d'appendicite.

Le traitement par l'émétine sera le complément indispensable du traitement chirurgical. Il nous paraît favorable, dans un cas analogue à celui que nous avons observé, de fixer le cæcum à la paroi, pour permettre l'établissement d'un anus contre nature en cas d'incident, l'orifice ainsi créé pouvant, au même titre que la cæcostomie ou l'appendicostomie, permettre la mise au repos du côlon et les lavages médicamenteux.

CHAPITRE VII

Chirurgie de l'Intestin.

PROLAPSUS ÉTRANGLÉ DU GRÊLE DANS UN ORIFICE D'ILEOSTOMIE. RÉSECTION INTESTINALE. GUÉRISON (53).

Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2 chez lequel j'étais intervenu pour une appendicite aiguë et grave. Dix-huit jours plus tard, une occlusion aiguë m'obligea à réintervenir. La libération des adhérences du grêle n'ayant donné qu'une amélioration insuffisante, je pratiquais une iléostomie quatre jours après. La guérison semblait obtenue, mais la fistule du grêle persistait. Au bout de trois mois, je m'apprêtais à réintervenir pour fermer la fistule, quand j'eus la main forcée par un prolapsus étranglé irréductible du grêle à travers l'orifice de l'iléostomie. Au cours de cette quatrième opération, je réséquai 25 centimètres du grêle et rétablis la continuité par une anastomose termino-terminale au petit bouton de Jaboulay. Guérison.

HERNIE INGUINALE AVEC KYSTE SACCULAIRE EXCLU CONTENANT UNE ÉPIPLOCÈLE LIBRE AVEC TORSION (66).

Observation versée aux débats de la Société de Chirurgie de Lyon sur les torsions épiploïques. A la faveur d'une torsion épiploïque, l'épiploon peut se libérer dans un kyste sacculaire, dont la formation peut ne pas être étrangère au mécanisme de la torsion.

HERNIE INGUINALE INTERSTITIELLE (56).

Il s'agissait d'une hernie inguino-interstitielle simple chez une femme, avec épanchement séreux intra-sacculaire exclu du grand péritoine par coudure au niveau de l'orifice inguinal interne.

INVAGINATION ILÉO-CŒCALE CHEZ UN NOURRISSON. DÉSINVAGINATION. GUÉRISON (63).

Observation dans laquelle un syndrome d'invagination fut opéré à la 20e heure chez un nourrisson de six mois. L'importance de l'adénopathie mésentérique laisse à penser que la réaction ganglionnaire préexiste à l'invagination et que des lésions de colite qui en sont l'origine ne sont pas étrangères à l'invagination.

CHAPITRE VIII

Chirurgie des Voies Biliaires.

L'ascite au cours de la lithiase biliaire (57).

Dans les ictères chroniques par rétention, le diagnostic est souvent difficile entre la lithiase et le cancer, surtout à une période avancée de la maladie. La constatation d'une ascite, cliniquement ou opératoirement, est la confirmation du néoplasme. Or, c'est ce qui fut conclu à la suite d'une laparotomie exploratrice ayant révélé de l'ascite et un gros bloc sous-hépatique. La mort survint quelques semaines plus tard et l'autopsie montra qu'il s'agissait uniquement d'un volumineux calcul du cholédoque, dont l'ablation, lors de la première laparotomie, aurait pu amener la guérison. Donc la lithiase cholédocienne à une période avancée peut, par retentissement hépatique, provoquer de l'ascite. La constatation d'ascite ne permet pas d'éliminer la lithiase.

Diagnostic et traitement de la lithiase du choledoque (90).

Article de vulgarisation, exposant les idées de mon maître E. Villard.

CHAPITRE IX

Chirurgie des Voies Urinaires.

Le traitement de la rétention d'urine post-opératoire (61, 64).

J'ai cherché avec Bouvier à traiter cette complication fréquente dans un service de gynécologie. Sur 155 opérations pratiquées dans le service du Professeur Villard, nous avons eu 34 rétentions, soit 17,4 %. Nous avons essayé l'instillation vésicale de glycérine boriquée, l'injection intraveineuse d'urotropine, l'injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire et les lavements de bile. Ces méthodes nous ont donné 25 succès et 9 échecs, c'est-à-dire un résultat positif dans 3,5 % des cas.

Nous donnons la préférence à l'injection dans la vessie pleine de 20 c³ d'une solution de glycérine boriquée à 20 %. L'injection doit être faite au bout de vingt-quatre heures de rétention et la miction se fait spontanément au bout d'un quart d'heure. Si la méthode est employée au bout de plusieurs jours de sondage, elle est beaucoup moins active.

Cette méthode s'est actuellement généralisée. Plusieurs travaux français ou étrangers sont venus confirmer nos données et un produit spécialisé a été lancé dans le commerce.

Incontinence d'urine par urétrocèle a la suite d'un cloisonnement de Lefort. Urétroplastie. Guérison (93).

Il est nécessaire dans l'opération de Lefort de porter l'avivement antérieur très bas, au contact du méat urétral. C'est pour ne l'avoir pas fait que dans ce cas une urétrocèle se développa, malgré l'excellent résultat donné par le cloisonnement dans la cure du prolapsus. La périnéorraphie complémentaire systématique est également un temps indispensable.

Une première tentative de traitement par une torsion urétrale à la manière de Gersuny, et une urétroplastie localisée ne donna qu'un résultat imparfait. Une urétroplastie large amena la guérison.

Ulcus vésical tuberculeux et cystite rebelle. Cinq interventions successives. Guérison (79).

Cette observation est un cas de la ténacité des cystites restantes après néphrectomie pour tuberculose. Une ulcération du fond de la vessie résista à un curetage, à une dissociation du plexus hypogastrique, à une urétérectomie et à une sympathectomie par voie abdominale. Elle ne céda qu'à l'ablation chirurgicale large de l'ulcère tuberculeux.

Ulcère simple de la vessie (25).

Hématurie abondante chez une jeune femme, sans cystite ni pyurie; l'examen cystoscopique montre une ulcération des dimensions d'une pièce d'un franc. Curettage par les voies naturelles. L'examen histologique ne montre que des lésions d'infection chronique. Guérison.

CHAPITRE X

Chirurgie Gynécologique.

1° *Travaux sur les Endométriomes.*

LES ADÉNOMYOMES DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES (59). ADÉNOMYOMES GÉNITAUX MULTIPLES (65). LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE L'ADÉNOMYOMATOSE (76). LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES ADÉNOMYOMES DES CORNES UTÉRINES (81). ENDOMÉTRIOMES DE L'ESPACE RECTO-VAGINAL (69, 89). PRODUCTION EXPÉRIMENTALE DES ADÉNOMYOMES PAR AUTO-TRANSPLANTATION DE MUQUEUSE UTÉRINE SUR L'OVAIRE CHEZ LA LAPINE (84, 85, 87). LES ENDOMÉTRIOMES DES CICATRICES DE LAPARATOMIE (86, 92). LES ENDOMÉTRIOMES DU LIGAMENT ROND (94). LES ENDOMÉTRIOMES DE L'OVAIRE (104, 110). ENDOMÉTRIOME DE LA RÉGION CRURALE (108). ENDOMÉTRIOME DE L'INTESTIN GRÊLE (114).

La question des endométriomes est, à l'heure actuelle, du double point de vue clinique et biologique, une des plus intéressantes de la pathologie.

Ces tumeurs sont formées, on le sait, essentiellement de trois éléments : de tubes épithéliaux unistratifiés, à cellules cylindriques, souvent ciliées, d'un tissu appelé cytogène et simulant tout à fait le chorion de la muqueuse utérine et enfin d'anneaux de cellules musculaires lisses. Les éléments glandulaires et musculaires paraissaient autrefois être les plus importants, d'où le nom d'adénomyomes donné à ces tumeurs. Actuellement, le terme d'endométriomes est plus généralement adopté et l'on attache une importance primordiale au tissu cytogène qui semble donner à la tumeur ses caractères physiologiques spéciaux, sa « fonctionnalité ». En effet, il ne faut pas appeler endométriome toute formation épithéliale comme on en rencontre fréquemment à la suite de métaplasie, dans les inflammations chroniques ; la présence de tissu cytogène est indispensable pour que l'on puisse employer le terme d'endométriome. Quant à la couche musculaire, elle est tout à fait accessoire ; c'est une réaction du tissu connectif qui peut être très importante ou qui peut faire totalement défaut.

Les endométriomes se localisent surtout au pelvis, mais également en dehors de lui. Parmi les endométriomes pelviens, les loca-

lisations sur l'utérus, sur les cornes sont les plus fréquentes ; les localisations sur les ligaments ronds, sur l'espace recto-vaginal et sur les ovaires présentent une individualité clinique réelle.

Moins fréquents les endométriomes extra-pelviens peuvent se voir sur le côlon sigmoïde, sur l'intestin grêle, dans les régions inguinale et crurale ou dans les cicatrices de laparatomie. Nous avons eu l'occasion d'observer toutes ces variétés de localisation. Fréquentes d'ailleurs sont les localisations multiples (65).

Quelle que soit la localisation de l'endométriome il présente une analogie fonctionnelle avec la muqueuse utérine qui légitime très bien son nom. Il réagit aux différentes manifestations de l'activité sexuelle : au moment des règles, il se fait une véritable menstruation dans la tumeur qui se manifeste par de la dysménorrhée douloureuse et de l'augmentation de volume de la tumeur et anatomiquement, par une rétention de sang noir dans les cavités kystiques de la tumeur, véritable « hématomètre en miniature ». Au moment de la grossesse, une réaction déciduale se fait dans le tissu cytogène. Un œuf peut se développer dans l'endométriome. La ménopause et la castration amènent la régression de la tumeur.

Mais le caractère le plus frappant de ces tumeurs composées d'éléments histologiquement bénins, même normaux, est leur tendance à l'envahissement des tissus périphériques et des organes avoisinants. Elles acquièrent par là un caractère de malignité. C'est une pénétration par dissociation et non par invasion. Il y a plus : pour certains auteurs, l'endométriome peut essaimer par la voie lymphatique ou veineuse et atteindre les ganglions. Cette dernière hypothèse, qui n'est pas admise en général, est très troublante. Il semblait déjà révolutionnaire de concevoir le caractère envahissant d'une tumeur bénigne ; il l'est bien davantage si l'on accorde à cette tumeur bénigne la possibilité de donner des métastases ou de se généraliser à distance, ce qui, jusqu'à plus infirmé, est le seul véritable caractère de la malignité. Et pourtant l'endométriome n'est pas cliniquement une tumeur maligne, il ne l'est pas histologiquement, si bien que du point de vue biologique, ces tumeurs doivent occuper une place à part du fait de ces particularités.

Adénomyomes des cornes utérines (81).

Au cours d'une laparotomie, la constatation d'un adénomyome de la corne utérine est le plus souvent une surprise. Bien souvent il ne s'agit d'ailleurs que d'une lésion anatomique minime, formant une petite bosselure à l'origine de la trompe ou perceptible à la palpation sous forme d'un petit noyau induré. Ces lésions recherchées systématiquement ne sont pas rares. Leur constatation ne nécessite pas une action chirurgicale directe. Toutefois, quelle conduite doit-on tenir si l'on décide de traiter l'adénomyome en cas de dysménorrhée ou de stérilité ?

S'il existe d'importantes lésions utérine ou annexielle associées, l'adénomyome n'est qu'un épiphénomène et l'indication opératoire doit se baser uniquement sur la lésion principale. Par contre, lors-

que l'adénomyome de la corne utérine constitue la seule affection, deux cas peuvent se présenter :

L'adénomyome est-il uni-latéral et l'autre annexe saine, on peut envisager une salpingectomie uni-latérale avec amputation cunéiforme de la corne utérine. Par contre, si l'adénomyome est bi-latéral ou si l'annexe opposée est malade, le problème de la conservation peut être malaisé. L'énucléation est impossible du fait du caractère diffus de la masse ; seule la résection de la corne avec réimplantation tubo-utérine est à retenir. C'est une opération parfaitement justifiée, qui rétablit la perméabilité du conduit tubaire et peut permettre la grossesse.

Endmétriomes de l'espace recto-vaginal (69, 89).

Ayant retrouvé avec Comte 15 cas de cette localisation observée par mon maître Auguste Pollosson ou par ses élèves, nous avons recherché les observations antérieurement publiées et en avons résumé 101.

L'endométriome recto-vaginal présente un grand intérêt clinique : il mérite d'être connu ; son aspect est si caractéristique qu'il est impossible de le confondre avec une autre lésion une fois qu'on a eu l'occasion de l'observer. Au premier stade évolutif, l'affection se présente sous forme d'une petite masse indurée, située à la partie toute supérieure de la paroi vaginale postérieure, tout près de son insertion sur le col. La tumeur affleurant la muqueuse vaginale y forme de petits kystes bleuâtres, à base indurée, tout à fait caractéristiques. Du côté du fond du Douglas, le péritoine se rétracte sous forme d'un « cul de poule » à aspect plissé cicatriciel. C'est là la forme vaginale ou de début.

A un second stade, on n'a plus à faire à une induration, mais à une véritable petite tumeur nodulaire, assez bien limitée quoique non encapsulée, située à la face postérieure de l'isthme, juste au-dessus de l'insertion vaginale (forme nodulaire).

Dans un troisième stade, la tumeur a augmenté de volume, a infiltré les tissus voisins et se loge entre le col, le rectum et le vagin, sous le cul de sac de Douglas. Ses limites sont imprécises : la masse forme un bloc diffus, fixé au rectum, au col et au vagin ; elle est sous-péritonéale, mais déforme le Douglas. C'est dans ces cas que la muqueuse vaginale peut être cloutée par de petits polypes adénomateux, pouvant être à l'origine de petits suintements hémorragiques, mais n'amenant jamais d'ulcération. Quant à la paroi rectale, elle est épaissie, envahie, mais, quelle que soit l'importance de son atteinte, sa muqueuse, fait capital, rest toujours indemne et lisse, sans ulcération.

A un stade très avancé de l'évolution, la tumeur peut prendre des dimensions considérables et envahir une partie du petit bassin. Les organes pelviens sont comprimés, refoulés ; la tumeur peut faire saillie dans la lumière rectale qu'elle rétrécit. Dans cette forme pelvienne, d'ailleurs rare, il est quelquefois difficile de savoir quel a été le point de départ de la lésion.

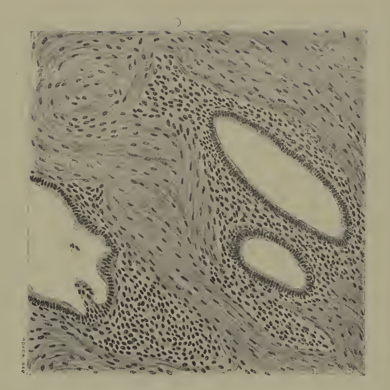


Fig. 7. — Endométriome sur une cicatrice de laparotomie.



Fig. 8. — Aspect macroscopique d'un endométriome de la portion extra-péritonéale du ligament rond.

(Remarquer sur la tranche de section la tache noire due à l'hémorragie menstruelle).

Cette lésion si caractéristique n'est souvent pas la seule localisation de l'endométriome et il est indispensable, au cours de la laparotomie, de rechercher systématiquement les localisations ovariennes (kystes goudron) et les localisations intestinales (dernière anse grêle, côlon sigmoïde) qui sont souvent associées à elle.

Parmi les symptômes, la dysménorrhée est le plus constant, il manque rarement, du fait de l'hémorragie périodique qui se fait dans la tumeur. Les troubles rectaux sont moins constants, mais très caractéristiques, car ils n'existent que pendant la période menstruelle. Les pertes rouges ou les suintements hémorragiques sont beaucoup moins caractéristiques. L'examen physique permet le diagnostic quand on pense à la lésion : la tumeur siège exactement dans l'espace recto-vaginal, la muqueuse rectale est envahie, mais glisse sur les plans profonds et l'examen au spéculum du cul de sac postérieur montre l'existence de kystes bleuâtres.

Le diagnostic de cette localisation est à faire surtout avec le cancer du rectum, diagnostic d'importance, puisqu'il comporte non seulement une thérapeutique différente, mais aussi un pronostic éminemment plus favorable.

Le caractère bénin de l'endométriome permet de ne pas enlever la tumeur comme on enlèverait un cancer. C'est pourquoi, dans les cas tout à fait au début, l'ablation d'un endométriome par voie vaginale ou abdominale, avec conservation utéro-annexielle, est une opération légitime, mais rarement réalisable. C'est l'hystérectomie totale qui est pratiquée le plus fréquemment ; on peut soit laisser adhérente au rectum une portion de la tumeur, soit réséquer une pastille de la paroi rectale dans la zone adhérente. Nous insistons sur le fait qu'au cours de la laparotomie, il ne faut pas négliger l'état des ovaires sur lesquels on doit agir dans les cas de kyste goudron. Les 15 cas personnels que nous avons publiés ont été suivis de guérison.

Endométriomes des cicatrices de laparatomie (86, 92).

Cette localisation est également très intéressante à connaître en pratique. A l'occasion d'un cas personnel, nous avons retrouvé 26 cas antérieurement publiés. Ces tumeurs sont le plus souvent de petit volume, douloureuses au moment des règles ; elles augmentent à cette époque et peuvent se fistuler et devenir le siège d'un petit suintement sanglant.

Ces tumeurs succèdent le plus souvent (20 fois sur 24) à des opérations ayant ou pouvant avoir intéressé la cavité utérine (hystéropexie, césarienne, perforation utérine, myomectomie). La date d'apparition de la tumeur étant le plus souvent tardive, il n'est guère possible de la confondre avec des accidents inflammatoires et le plus fréquemment, c'est à des greffes néoplasiques que l'on croira avoir à faire. On conçoit l'intérêt pratique d'une pareille distinction. L'exérèse complète du noyau endométrial amène la guérison simple et rapide.



Fig. 9. — Endométriome du ligament rond. Aspect simulant une inclusion wolffienne (Il s'agit d'une glande sudoripare comme le prouve la présence de cellules myo-épithéliales).

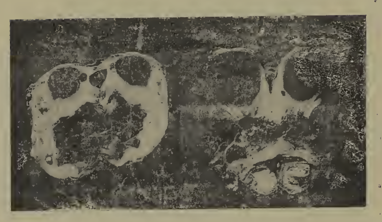


Fig. 10. — Endométriomes des deux ovaires.

ENDOMÉTRIOMES DU LIGAMENT ROND (94).

A l'occasion de deux observations personnelles, j'ai repris avec Comte l'étude complète de ces tumeurs à la lumière des idées actuelles.

L'endométriome peut siéger sur la portion intra-péritonéale ou sur la portion inguinale du ligament rond.

L'étude histologique complète de ces deux cas m'a montré qu'il devait exister beaucoup de pseudo-inclusions wolffiennes fréquemment rencontrées autrefois dans ce type de tumeur. L'intérêt de cette localisation n'est pas dans son allure clinique; mais c'est à propos d'elle que les discussions pathogéniques sont ardues.



FIG. 11. — Endométriome de la région crurale.

ENDOMÉTRIOMES DES OVAIRES (104, 110).

En ce qui concerne cette localisation, 2 observations personnelles m'ont permis de faire l'étude complète de l'affection.

Anatomiquement, la lésion caractéristique est le kyste à contenu noir, poisseux, que l'on appelle kyste goudron ou kyste chocolat; parfois il s'agit là d'une découverte histologique ; parfois les kystes goudron sont diffus en plus ou moins grand nombre (endométriose); parfois enfin il s'agit d'un gros kyste hématique à contenu noirâtre.

La symptomatologie est variable, le plus souvent elle revêt la forme dysménorrhéique, parfois la forme métrorragique. Une forme à symptomatologie intestinale est très intéressante à connaître, car elle peut faire longtemps errer le diagnostic.

Endométriomes de la région crurale (108). Endométriomes de l'intestin grêle (114).

Ces localisations rares présentent un double intérêt clinique et pathogénique. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de chacune de ces localisations.

La pathogénie des endométriomes (76).

a soulevé de multiples discussions.

J'ai fait avec Comte un travail de mise au point exposant les différentes théories émises. Parmi elles, la théorie des greffes de Sampson, qui était encore peu connue en France à cette époque, a particulièrement retenu notre attention. C'est dans le but de la confirmer que je me suis livré à des recherches expérimentales dont voici le résumé :

Production expérimentale des adénomyomes par auto-transplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine (84, 85, 87).

Ayant prélevé chez la lapine, au niveau d'une corne utérine, un fragment de muqueuse du volume d'une tête d'épingle en verre, je l'ai greffé sur l'ovaire après section ou tunnelisation au trocart. J'ai prélevé la greffe au bout de 7, 14, 33 et 40 jours. Dans les 4 expériences, la greffe a été suivie de succès. J'ai obtenu ainsi non seulement la formation de cavités kystiques à revêtement épithélial, mais une pullulation par colonies dans le tissu ovarien et aussi une néoformation de fibres musculaires, tissus disposés en anneaux autour des kystes.

Ces expériences ne sont qu'une étape, mais elles montrent la facilité avec laquelle on peut greffer la muqueuse utérine et sont en faveur de la vraisemblance de l'hypothèse de Sampson.



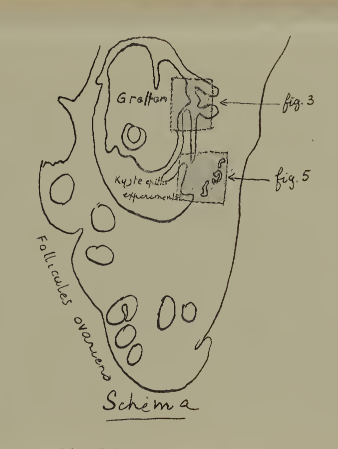


FIG. 12. — Coupe macroscopique d'un ovaire et de la greffe de muqueuse utérine dans sa cavité d'enkystement.

FIG. 13 — Néoformations kystiques rappelant l'endométriome.

(Coupe correspondant au segment fig. 5 sur le schéma de la fig. 12).

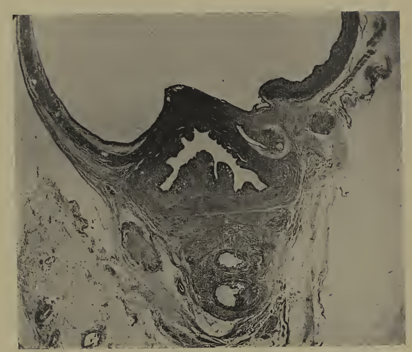


FIG. 14. — Coupe macroscopique d'une greffe de muqueuse utérine sur l'ovaire. On voit en bas deux follicules ovariens, en haut le pôle inférieur d'un grand kyste épithélial expérimental et au-dessous de lui un autre kyste néoformé, en forme d'accent circonflexe.



Fig. 15. — Paroi d'un kyste épithélial expérimental. Le revêtement est continu. Au-dessous de lui se voient des tubes épithéliaux entourés de tissu cytogène et une bande de tissu musculaire lisse qui commence à se différencier.

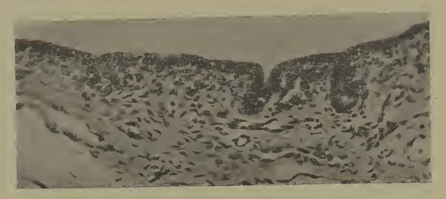


Fig. 16. — A un fort grossissement, on voit que la paroi du kyste épithélial forme des culs-de-sac qui s'invaginent dans la profondeur (pseudo-glandes).

2° *Travaux sur les Polypes muqueux de l'Utérus.*

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES POLYPES MUQUEUX DE L'UTÉRUS (20, 39). LES POLYPES MUQUEUX DE L'UTÉRUS (29). POLYPES MUQUEUX DU COL DE L'UTÉRUS SYMPTOMATIQUES DE CANCER DU CORPS (44).

L'idée directrice, inspirée par mon maître, le Professeur Tixier, est, qu'à côté des polypes muqueux idiopathiques, la majorité des polypes muqueux du col sont associés à des lésions variables de l'appareil utéro-annexiel, si bien que leur constatation en clinique possède une réelle valeur séméiologique.

J'ai rapporté dans ma thèse 34 observations personnelles et fait l'étude anatomique et histologique des polypes muqueux de l'utérus.

Au *point de vue anatomique,* les polypes muqueux s'insèrent en deux points de prédilection : l'isthme utérin et le fond utérin au voisinage de l'ostium utérinum.

Des causes mécaniques commandent vraisemblablement cette localisation. Il en est de même du volume, de la coloration et de la consistance des polypes, variables suivant les cas, variables d'un jour à l'autre et qui paraissent dépendre de modifications circulatoires.

L'examen histologique montre que le plus souvent le revêtement du polype n'est pas la muqueuse du col, mais celle du corps et que bon nombre de polypes intra-cervivaux étaient des polypes du corps s'étant engagés dans le canal cervical.

Les lésions d'inflammation chronique sont constantes et s'étendent à toute la muqueuse d'implantation.

Indications diagnostiques. — La symptomatologie propre aux polypes est frustre : les pertes blanches sont constantes et les hémorragies consistent en suintements intermittents. La seule constatation de métrorragies abondantes avec caillots doit faire soupçonner une lésion associée. C'est pourquoi la constatation d'un polype muqueux doit, *a priori,* être tenue comme un symptôme avertisseur et l'examen systématique de la malade doit être fait. Ainsi, chez les jeunes femmes, pourra-t-on découvrir des lésions infectieuses utéro-annexielles (métrites, salpingites). Chez les femmes d'âge moyen, en plus des lésions précédentes, pourra-t-on constater un fibromyome à son début. Chez les femmes âgées enfin, on devra rechercher tout particulièrement les signes du néoplasme intracervical, ou du néoplasme du corps. Le polype muqueux, symptomatique d'un cancer du corps latent est très important à connaître ; M. Tixier insiste beaucoup sur cette notion. Depuis ma thèse, j'ai publié plusieurs faits analogues.

En cas d'examen négatif, la surveillance régulière et périodique de la malade s'impose ; ainsi pourront être découvertes, à leur début, les lésions dont le polype muqueux était symptomatique.



Fig. 17. — Annexite bilatérale ancienne.
Polypes muqueux multiples de l'isthme et de l'ostium uterinum.

Fig. 18. — Polype muqueux du col utérin symptomatique d'un fibrome sous-séreux pédiculé du fond.

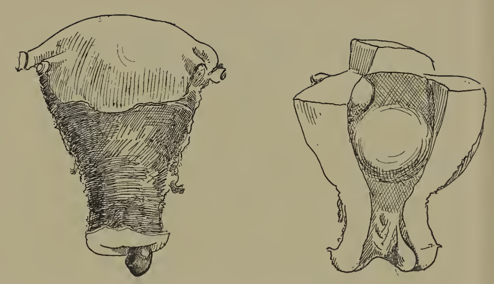


Fig. 19. — Polype muqueux du col symptomatique de fibromes sous-muqueux.

Fig. 20. — Polype muqueux du col symptomatique d'un cancer du corps.

Indications thérapeutiques. — En règle générale, la thérapeutique dirigée contre le polype lui-même n'est que palliative et insuffisante, on ne devra pas s'en tenir à elle seule et s'attaquer à la lésion causale.

Si la lésion causale est découverte, la thérapeutique rationnelle chirurgicale, variable suivant les lésions, sera à instituer.

Dans les cas où l'examen objectif, bien fait et répété, ne permet de découvrir aucun signe de lésions, la constatation du polype devient une indication formelle de l'exploration intra-utérine : c'est cette manœuvre qui fera constater soit d'autres polypes muqueux intra-utérins, soit un fibrome sous-muqueux, soit des lésions métritiques ou néoplasiques. La lésion ainsi découverte, l'action thérapeutique pourra être efficace, puisqu'elle s'adressera à la cause de l'affection.

3° *Travaux sur les Lésions mécaniques des annexes.*

Le volvulus des annexes saines (45, 98, 107). Amputation spontanée des trompes de Fallope (58). Deux cas d'absence unilatérale des annexes (105).

Ayant eu l'occasion d'observer cinq cas de volvulus des annexes saines, j'ai pu faire l'étude de cette lésion. Dans trois cas il s'agissait de torsion de la trompe seule; dans les deux autres de torsion de l'annexe entière. En dehors des présomptions cliniques qui permettent de supposer que l'annexe était antérieurement saine (âge anamnestiques, état du pavillon et de ses franges, état de l'annexe opposée), il est indispensable de pratiquer l'examen histologique. Dans ces cinq cas cette confirmation a été donnée. Toutefois j'ai insisté sur ce fait qu'il n'est pas toujours aisé, même pour un histologiste averti, d'interpréter la coupe : la torsion amène d'abord des lésions d'ordre mécanique : dilatations vasculaires, raptus hémorragique, puis les tissus réagissent autour du sang épanché comme autour d'un corps étranger et alors on peut constater des amas de polynucléaires et même des cellules géantes.

L'acuité de la symptomatologie n'est pas en rapport avec le degré de la torsion, mais bien plutôt avec l'importance de l'hémorragie intra-tubaire. La pathogénie du volvulus est obscure : l'état anatomique congénital de l'annexe (flexuosités, méso long, trompe flottante), les adhérences apicales peuvent jouer le rôle de causes favorisantes, mais le primum movens me semble siéger dans un trouble du péristaltisme tubaire et je me propose de rechercher à l'occasion l'état de l'appareil nerveux sympathique de la trompe.

* * *

J'ai observé avec Comte un cas dans lequel les deux trompes étaient amputées au niveau de leur insertion utérine. Elles se termi-

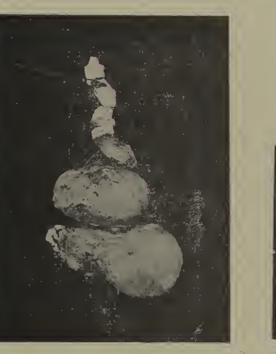


FIG. 21. — Volvulus de la trompe de Fallope.

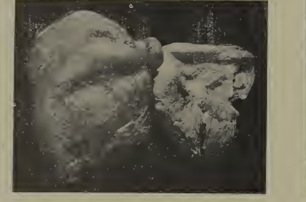


FIG. 22. — Volvulus de la moitié périphérique de la trompe (L'ovaire situé à droite de la pièce n'est pas compris dans le volvulus).



FIG. 23. — Volvulus de la trompe seul.

naient par deux moignons courts, puis sur 1 cm. environ le méso salpinx était vide et le segment distal des trompes reprenait, séparé de l'utérus par ce segment, son trajet normal.

*
* *

Enfin dans deux cas j'ai constaté l'absence unilatérale d'une annexe. Dans ces deux cas la trompe se terminait pas un court moignon borgne comme dans l'observation précédente et l'annexe absente n'était marquée que par quelques taches nacrées sur le péritoine et par de petites formations kystiques. J'ai montré qu'il n'était pas possible d'accorder à cette lésion une origine congénitale et je pense que le volvulus, l'amputation, l'absence d'une annexe ne sont que trois degrés d'une même lésion : la torsion. Dans le volvulus la lésion est vue à son début : si la torsion est suffisante pour sphacéler localement la trompe, l'amputation peut en résulter ; le segment ainsi détaché peut vivre ou se sphacéler et se résorber et ainsi s'expliqueraient ces cas d'absence unilatérale d'une annexe.

4° *Travaax sur les Malformations de l'Appareil génital.*

ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES UTÉRUS DOUBLES (42). UTÉRUS DIDELPHE-HÉMI-HYSTÉRECTOMIE. GUÉRISON (51). TROIS CAS D'UTÉRUS DOUBLES (96). UTÉRUS BICORNE, PRÉSENTATION RÉCIDIVANTE ET IRRÉDUCTIBLE DE L'ÉPAULE ; CÉSARIENNE (113).

A l'occasion de 10 observations personnelles et de 58 observations recueillies dans la littérature, j'ai fait avec Guilleminet une étude sur les utérus doubles dans le but principal de montrer que le traitement conservateur est possible dans la majorité des cas et donne d'excellents résultats. En dehors des cas où des lésions pathologiques associées, une impossibilité anatomique ou le manque de valeur physiologique de l'appareil génital imposent un traitement radical, on doit être conservateur. Tous les types de malformation utérine permettent le traitement conservateur.

En groupant 21 cas d'interventions conservatrices et 5 cas d'abstention, nous avons étudié les résultats éloignés sur 26 cas. Les cinq malades traitées par l'abstention eurent toutes cinq des grossesses ultérieures menées à termes. Sur les 21 opérées, 19 guérirent et 11 eurent des grossesses avec enfant vivant. Il y a là de quoi encourager la chirurgie conservatrice.

Ultérieurement j'ai pratiqué une hémi-hystérectomie gauche pour un utérus didelphe ; le col gauche était malformé et la malade souffrait. Après l'intervention la malade devint enceinte et accoucha à terme. Elle eut ensuite deux autres grossesses.

Enfin j'ai présenté à la Société de Chirurgie de Lyon trois autres cas. J'ai insisté sur l'importance des malformations urinaires associées et sur le danger que courait l'uretère au cours de l'hystérec-



FIG. 24. — Utérus pseudo-didelphe avec hématométrie. Hématocolpos et hématosalpinx unilatéraux par imperforation vaginale.



FIG 25. — Hémi-hystérectomie pour utérus didelphe.

tomie. J'ai montré aussi qu'il fallait pratiquer toujours une hystérectomie totale, la conservation d'un col imperforé pouvant aboutir à la formation d'un mucocèle.

5° *Travaux sur le Sympathique génital.*

SIX OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN CHEZ LA FEMME (73). CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION DU SYMPATHIQUE SUR LE RÉGIME CIRCULATOIRE DE L'UTÉRUS (74). A PROPOS DE LA VALEUR DES OPÉRATIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN (101). RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE DIVERSES INTERVENTIONS SUR LE SYMPATHIQUE PELVIEN CHEZ LA FEMME ET SUR LE NERF PRÉ-SACRÉ EN PARTICULIER (111).

Ayant pratiqué avec mon maître R. Leriche la première sympathectomie périartérielle hypogastrique, j'ai été engagé à étudier l'action des opérations sympathiques en gynécologie. J'ai publié en 1926 mes 10 premières observations. Récemment j'ai recherché avec Haour les résultats éloignés chez 22 opérées.

J'ai pratiqué la sympathectomie périartérielle hypogastrique, la section du nerf pré-sacré, la section des rameaux communicants sacrés, la dénudation de l'artère ovarienne. Seules les deux premières techniques méritent d'être conservées.

L'appréciation des résultats obtenus est délicate, car il est rare que l'opération sympathique ait été pratiquée à l'état isolé (4 cas sur 22). Je me suis efforcé de faire l'étude critique de ce résultat et je crois que l'appendicectomie et la ligamentopexie faites à titre complémentaire, quand il n'existe ni appendicite ni rétroversion, ne peuvent expliquer l'excellence des résultats obtenus, notamment en ce qui concerne la disparition de la dysménorrhée. J'ai publié plusieurs observations dans lesquelles la dysménorrhée avait été mise sur le compte d'une lésion objective (fibrome, kyste, rétroversion). La suppression de la lésion n'influença pas la douleur, qui fut radicalement supprimée par une opération sympathique faite ultérieurement.

J'ai cherché à établir avec Haour les indications actuelles de ces opérations sur le sympathique pelvien.

VAGINISME; NÉVROTOMIE UNILATÉRALE DU NERF HONTEUX INTERNE ; GUÉRISON (21). LA NÉVROTOMIE DU NERF HONTEUX INTERNE. INDICATIONS, TECHNIQUE; RÉSULTATS (95).

Nous avons obtenu avec Wertheimer un excellent résultat par la névrotomie du nerf honteux interne dans un cas de vaginisme rebelle et avons repris cette opération qui est injustement abandonnée. Les résultats en sont dans l'ensemble excellents. Nous la croyons indiquée non seulement dans les cas de spasmes douloureux ou de contractures affectant la musculature périnéale (vaginisme, rétention chronique avec périnéalgie), mais encore dans les cystalgies sans contracture, dans les prurits rebelles de la région vulvo-périnéale et dans le kraurosis vulvæ. Le nerf semble avoir une triple action, motrice, sensitive et trophique.

Nous avons décrit la technique de la névrotomie dans le *Journal de Chirurgie*.

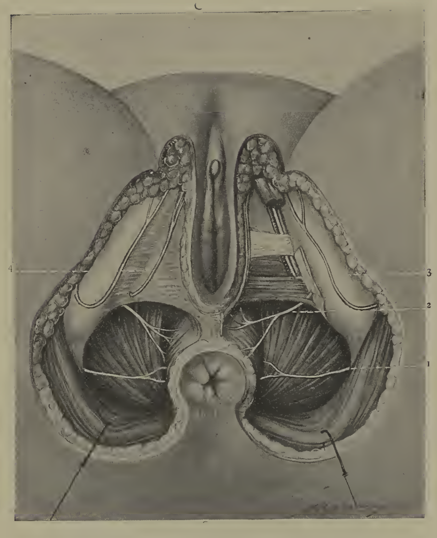


FIG. 26. — *Anatomie du nerf honteux interne.*

Du côté droit le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne est intact ; du côté gauche les muscles ischio-clitoridien et constricteur du vagin ont été enlevés et le feuillet inférieur de l'apouévrose moyenne a été incisé de façon à découvrir les vaisseaux et le nerf honteux interne.

1, le nerf anal. — 2, le nerf périnéal. — 3, le rameau périnéal du nerf cutané postérieur de la cuisse. — 4, le rameau superficiel du périné.

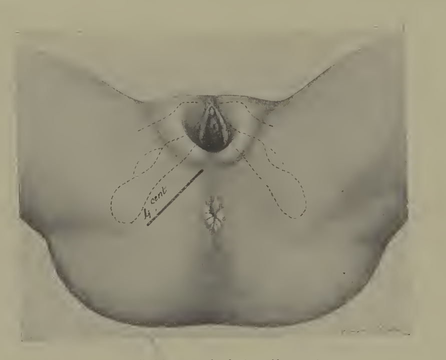


FIG. 27. — Incision pour aborder le nerf honteux interne.



FIG. 28. — *Recherche du 1er point de repère : bord postérieur du muscle grand fessier.*

GF, grand fessier. — 1, filets nerveux issus de la branche superficielle du périné. — En pointillé : tubérosité ischiatique.

FIG. 29. — *Le 2e point de repère : face interne de la tubérosité ischiatique.*

i, tubérosité ischiatique. — GF, grand fessier.
1, branche périnéale du nerf honteux. — 2, branche clitoridienne.

6° *Chirurgie de la Grossesse.*

A propos de la grossesse angulaire (70).

Rétention d'urine comme premier signe d'une grossesse extra-utérine avec volumineuse hématocèle latente (72).

Syndrome d'inondation péritonéale par rupture d'hématocèle (102).

Kyste ovarien prœvia au voisinage du terme. Ablation du kyste par voie vaginale (68) et Thèse de R. Charles.

Fibrome et grossesse de trois mois ; essai infructueux de myomectomie ; hystérectomie ; guérison (49).

Péritonite généralisée au huitième mois de la grossesse ; laparotomie ; accouchement méthodiquement rapide ; guérison (97).



Fig. 30. — Fibrome et grossesse.

7° *Ovaires.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMORRAGIES D'ORIGINE OVARIENNE : LES MICRO-KYSTES MÉTRORRAGIQUES (109).

Dans trois cas, des métrorragies persistantes étaient dues à de petits kystes de l'ovaire. L'ablation du kyste amena l'arrêt de l'hémorragie. Il s'agit vraisemblablement dans ces cas de kystes à contenu actif, de kystes à folliculine. L'examen histologique ne renseigne pas sur leur nature. Dans ces trois cas le contenu du kyste était hémorragique.

LES OVARITES SUPPURÉES PUERPÉRALES (112).

Sept observations d'abcès de l'ovaire dans les suites de couches. Le plus généralement il s'agit d'abcès du corps jaune; la trompe peut être intacte et le pavillon n'est en tout cas pas fermé. Si l'infection par voie canaliculaire est possible, la voie sanguine est la plus fréquente.

Le pronostic est toujours assez sombre, car l'agent pathogène habituel est le streptocoque.

FIBROME DE L'OVAIRE (52).

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DE DÉBRIS OVARIENS APRÈS CASTRATION TOTALE (54).

8° *Tumeurs.*

RÉCIDIVE D'UN MYOMI. MALIN DE L'UTÉRUS. ENORME BOURGEON NÉOPLASIQUE OCCUPANT TOUTE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE (13).

MYOME ROUGE DE L'UTÉRUS (18).

MYOME ROUGE. MYOMECTOMIE. GUÉRISON (46).

Cas grave dans lequel la malade avait demandé une opération conservatrice. Une myomectomie pratiquée en période fébrile sur un gros myome interstitiel en dégénérescence aseptique fut suivie de guérison rapide.

COMMENT DOIT-ON CONCEVOIR ACTUELLEMENT LE TRAITEMENT DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS? (47).

Mise au point des indications respectives du traitement chirurgical et de la radiothérapie, exposant l'état de la question en 1925. Elle ne s'est guère modifiée depuis.

EPITHÊLIOMA DU COL UTÉRIN SUR UN PROLAPSUS COMPLET. CURIETHÉRAPIE. MORT (50).

CANCER DU COL ET GROSSESSE. OPÉRATION DE PORRO. CURIETHÉRAPIE (60).

CANCER INOPÉRABLE DU COL DE L'UTÉRUS. CURIETHÉRAPIE. GUÉRISON TOTALE. MÉTASTASE DANS LES DEUX FÉMURS (88).



Fig. 31. — Epithelioma du col
développé sur un prolapsus complet.



Fig. 32. — Métastase fémorale d'un cancer du col
localement guéri par le radium.

9° *Varia.*

Sur le traitement des hémorragies utérines des jeunes filles par la transfusion du sang (78). Contribution a l'étude des hémorragies utérines des jeunes filles (83).

J'ai avec Banssillon étudié la valeur des différentes thérapeutiques proposées. L'examen gynécologique, dont on s'abstient trop souvent pour des raisons morales, est indispensable : il doit être fait car l'affection peut être mortelle.

Le curettage, employé trop souvent à tort, ne doit être fait que si l'utérus est augmenté de volume. En dehors des moyens médicamenteux et avant de s'adresser aux moyens physiques ou à la laparotomie qui permet souvent de découvrir des lésions insoupçonnées, on devra essayer la transfusion du sang qui donne de fréquentes guérisons.

Des péritonites sereuses enkystées péritubaires. Pseudo-distensions tubaires (75.

Cette forme bien spéciale de lésion, qui est fréquemment rencontrée, a été individualisée par mon maître E. Villard.

On observe chez la femme des foyers de péritonite séreuse enkystée, revêtant au point de vue symptomatique les caractères d'une distension tubaire.

Anatomiquement il s'agit de collections séreuses intrapéritonéales, développées autour d'une trompe atteinte d'inflammation légère sans oblitération du pavillon. La cause en est dans une infection péritonéale atténuée, le plus habituellement blennorragique, réalisée le plus souvent chez une femme jeune sans passé génital ancien. Ces collections se résorbent spontanément et rapidement. Leur traitement doit rester uniquement médical. Le pronostic immédiat est très bénin, mais l'avenir lointain comporte des réserves en raison de l'évolution probable des lésions tubaires qui ont déterminé la poussée inflammatoire péritonéale.

De la conservation de l'utérus seul dans le traitement des annexités bilatérales (82).

C'est la vieille opération de Lawson-Tait sur laquelle on a jeté à tort l'anathème.

J'ai publié avec Labry onze observations pour défendre cette technique. Dans quatre cas nous avons obtenu la persistance de la menstruation, soit du fait d'ovaires surnuméraires, soit du fait de la persistance de débris ovariens. En dehors de cet avantage réel, la conservation de l'utérus respecte mieux le sens génésique et la statique pelvienne.

Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches (48).

La ligamentopexie peut être suivie à bref délai d'une grossesse chez une femme jusqu'alors stérile. La grossesse et l'accouchement ne sont physiologiquement pas troublés. Les résultats sont définitivement acquis et la récidive exceptionnelle.

Travail fait en collaboration avec Eparvier et basé sur 43 observations personnelles.

Kystes hydatiques suppurés du petit bassin (39).

Allongement du col de l'utérus (67).

Mole hydatiforme et perforation utérine (72).

TABLE DES MATIÈRES

AUDIN LYON